



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS ACADEMIAS AO AR  
LIVRE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE USUÁRIOS NA  
CIDADE DE FORTALEZA - CEARÁ**

**PEDRO OSVALDO FERREIRA JÚNIOR**

FORTALEZA – CE

2020

PEDRO OSVALDO FERREIRA JÚNIOR

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS ACADEMIAS AO AR  
LIVRE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE USUÁRIOS NA  
CIDADE DE FORTALEZA - CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientador:** Prof. Dr. Carlos Antônio Bruno da Silva

Fortaleza – CE

2020

Ficha catalográfica da obra elaborada pelo autor através do programa de geração automática da Biblioteca Central da Universidade de Fortaleza

---

Ferreira Júnior , Pedro Osvaldo .

Avaliação do impacto das academias ao ar livre na promoção da saúde de usuários na cidade de Fortaleza - Ceará / Pedro Osvaldo Ferreira Júnior . - 2020  
75 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade de Fortaleza. Programa de Mestrado Em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2020.

Orientação: Carlos Antônio Bruno da Silva.

1. Promoção da Saúde. 2. Atividade Física. 3. Academia ao Ar Livre. I. da Silva, Carlos Antônio Bruno. II. Título.

---

PEDRO OSVALDO FERREIRA JÚNIOR

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS ACADEMIAS AO AR LIVRE NA PROMOÇÃO  
DA SAÚDE DE USUÁRIOS NA CIDADE DE FORTALEZA – CEARÁ**

**Linha de Pesquisa:** Avaliação de Políticas e Práticas na Atenção à Saúde

**Grupo de Pesquisa:** Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

**Núcleo Temático:** Núcleo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial - NUESPHA

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Carlos Antônio Bruno da Silva - Orientador

Universidade de Fortaleza – UNIFOR

---

Prof. Dr. Adriano Cesar Carneiro Loureiro - Membro Efetivo

Universidade Estadual do Ceará – UECE

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Mirna Albuquerque Frota - Membro Efetivo

Universidade de Fortaleza – UNIFOR

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosa Lívia Freitas de Almeida - Membro Suplente

Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Aprovado em: 16 / 09 / 2020

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelo dom da vida, pela sua presença constante em minha vida e me acolhendo nos momentos mais difíceis.

À minha família (meus pais, meus irmãos Veruschka, Scheilla e André) que sempre me incentivaram e torceram por mim.

À minha querida e amada filha que eu a amo tanto e sinto saudades diariamente.

À Unimed Ceará por permitir realizar a pesquisa e por sempre acreditar em meu potencial como profissional de educação física.

Ao meu grande amigo, mestre e ex-aluno do Mestrado de Saúde Coletiva, Amon Dias por toda sua ajuda, ensinamentos, amizade e incentivo.

À Professora Zélia Santos, por todos os seus ensinamentos acadêmicos e pessoais à qual eu tenho um carinho especial e eterno.

Ao meu orientador, Carlos Bruno por sua paciência e por ter aceitado o desafio de orientar a minha pesquisa no “meio do caminho”.

À Professora e Coordenadora do Mestrado Saúde Coletiva, Mirna Albuquerque que sempre me presenteava com mensagens positivas e incentivadoras.

Ao Professor Adriano Loureiro por sempre estar presente na minha vida acadêmica.

Aos meus colegas de curso (Francileudo, Lídice, Fábio, Fabiana e Adam) por todos os dias de estudo compartilhados.

Às bolsistas (Larissa, Júlia e Camila) do curso de enfermagem e nutrição da UNIFOR que ajudaram na coleta de dados.

A todos os frequentadores das academias ao ar livre que foram sempre gentis e atenciosos na participação desta pesquisa.

A todos os meus amigos e parentes pelas palavras de incentivo e que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

Dedico este trabalho ao meu querido e saudoso pai (*in memoriam*), por todos os seus ensinamentos, por toda sua dedicação, amor, carinho e por sempre acreditar em mim como filho, como pessoa e como profissional de educação física. Obrigado por tudo!

## RESUMO

Este estudo teve por objetivo avaliar o impacto das academias ao ar livre (AAL) na promoção da saúde dos usuários, na cidade de Fortaleza, Ceará. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, analítico e avaliativo. Participaram 103 usuários das AAL, de ambos os sexos, frequentadores de 6 AAL implantadas pela operadora de planos de saúde Unimed Ceará. Foi realizada uma entrevista semiestruturada para analisar o perfil dos usuários, os aspectos sanitários, o estilo de vida, a prática do exercício físico, a utilização e repercussão das AAL na vida dos usuários. Aplicou-se o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ, versão curta) para avaliar o nível de atividade física. Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e analítica. A maioria dos usuários eram mulheres (63,1%), com média de idade de  $46,8 \pm 16$  anos, com renda mensal de até 3 salários-mínimos e 93% eram ativos fisicamente. Dos 103 usuários, 80,6% faz caminhada no tempo livre, 5x por semana, no turno da manhã e não receberam orientações para tal, porém 66% estão com excesso de peso e 42,7% possui algum tipo de doença. Nas AAL, 84,5% utilizavam os equipamentos por 3 ou mais vezes na semana, 56,3% não conheciam o funcionamento das máquinas e 77,7% não receberam orientações, entretanto, 100% tiveram alguma repercussão positiva na saúde física, mental, laboral ou social. As evidências encontradas neste estudo demonstram características em relação as AAL que podem influenciar à prática de atividade física no lazer, impactando, na visão dos participantes, positivamente na saúde dos seus usuários. Esses estudos também podem direcionar as políticas públicas no sentido de incentivar maior uso dessas academias e como sendo uma estratégia de promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde. Atividade Física. Academia ao Ar Livre.

## ABSTRACT

This study aimed to evaluate the impact of outdoor sportcenters on the health awareness of the population in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. This is a quantitative, cross-sectional, analytical and evaluative study. This study had 103 Participants of all genders, who attended 6 of the outdoor sportcenters, all implanted by the health plan operator from Unimed Ceará. A semi-structured interview was conducted to analyze the users' profile, health aspects, lifestyle, physical exercise practice, use and repercussion of outdoor sportcenters on users' lives. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ, short version) was applied to assess the level of physical activity. Descriptive and analytical statistics were used for data analysis. Most users were females (63,1%), with an average age of 46,8 + 16 years, with a monthly income of up to 3 minimum wages and 93% of them were physically active. Out of 103 users, 80,6% practice walking in their free time, 5x per week, by morning, most of the time, shift and did not receive any guidance for this. Also, 66% of the assessed users are overweight and 42,7% have some type of medical conditions. In the outdoor sportcenter program, 84,5% utilized the equipment 3 or more times a week, 56,3% did not know how to operate the machines and 77,7% did not receive guidance. However, 100% of the assessed users had some positive repercussion on physical, mental, labor or social health. The evidence found in this study shows characteristics in relation that, outdoor sportscenter's accessibility can influence the practice of leisure-time and physical activity, impacting positively the awareness of a healthier life style from participants' perspective. These results can also change the political representatives perspective to encourage on utilizing the greater use of these outdoor facilities as a health awareness strategy.

**Keywords:** Health Promotion; Activity Physical; Outdoor Sportcenters.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	Geral.....	13
2.2	Específicos.....	13
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1	Atividade física e saúde.....	14
3.2	Promoção da Saúde.....	16
3.3	Academia ao ar livre.....	20
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	Tipo e natureza do estudo.....	26
4.2	Local do estudo.....	26
4.3	População alvo do estudo.....	26
4.4	Coleta de dados.....	26
4.5	Variáveis selecionadas para o estudo.....	28
4.6	Organização dos dados.....	29
4.7	Análise dos dados.....	29
4.8	Aspectos éticos legais.....	29
5	RESULTADOS.....	31
6	DISCUSSÃO.....	44
7	CONCLUSÃO.....	51
8	REFERÊNCIAS.....	53
	APENDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	60
	APENDICE B: Entrevista.....	63
	ANEXO A: International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).....	66
	ANEXO B: Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ.....	68
	ANEXO C: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	69

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por um dos maiores problemas de saúde pública e tem aumentado o número de mortes precoces, diminuição da qualidade de vida com elevado grau de limitação e incapacidade para as atividades de vida diária (AVD), além de impactos econômicos para famílias e o governo (BRASIL, 2011).

As DCNT foram responsáveis por cerca de 68% de um total de 38 milhões de mortes ocorridas no mundo no ano de 2012, de acordo com estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2014). No Brasil, em 2011, as DCNT tem sido responsáveis por 72,7% de óbitos causadas principalmente por doenças cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%), as doenças respiratórias (6,0%) e o diabetes (5,3%). Ao todo, essas quatro doenças representam 79,8% das mortes por DCNT e as demais doenças agrupadas correspondem a 14,7% do total de mortes (MALTA *et al*, 2014).

Devido ao aumento da expectativa de vida, do crescimento populacional, da urbanização, das mudanças sociais e econômicas e a globalização tem impactado o modo de viver, de trabalhar e se alimentar dos brasileiros. Diante disso, tem crescido a prevalência de fatores de riscos como a obesidade e o sedentarismo, esses, agentes potencializadores para o desenvolvimento das DCNT (DUARTE; BARRETO, 2012).

O aumento do sedentarismo na população é um fato preocupante na atualidade, estando associado à falta de locais públicos e seguros para a prática de atividade física, a diminuição do tempo destinado ao lazer, falta de informação e de motivação, dentre outros. O sedentarismo tem uma relação direta com o estado nutricional do indivíduo, sendo um dos fatores responsáveis pelo ganho de peso e pelo desenvolvimento de diversas doenças (FERNANDES JÚNIOR; LINS, 2018).

A OMS (2018) ressalta que populações como de mulheres, idosas, pessoas com baixo poder socioeconômico, pessoas com mobilidade reduzida, doentes crônicos e indivíduos marginalizados tem menos oportunidade de permanecerem ativos.

De acordo com pesquisa feita pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil através da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em 2017, 54,0% da população brasileira tinha excesso de peso. Na cidade de Fortaleza, foi constatado que 53,4% das pessoas estão acima do peso corporal. Em se tratando

de obesidade, 18,9% foram considerados obesos, ou seja, possuem o Índice de Massa Corporal (IMC) acima de  $30\text{kg/m}^2$  (BRASIL, 2018a).

O VIGITEL avalia três condições de prática de atividade física: o tempo livre, o deslocamento para o trabalho/escola e a atividade ocupacional. Classifica o sujeito como insuficientemente ativo a quem não alcança o equivalente a, pelo menos, 150 minutos de atividades de intensidade moderada ou, pelo menos, 75 minutos semanais de atividades de intensidade vigorosa. Considerando o conjunto da população adulta estudada, 46,0% não alcançaram um nível suficiente de prática de atividade física, conforme proposto pela OMS, *American Heart Association* (AHA) e o *American College of Medicine Sports* (ACSM). Na capital do Estado do Ceará, o índice foi de 53,0% (Brasil, 2018a).

De acordo com a OMS (2009), estima-se que 3,2 milhões de pessoas no mundo morrem a cada ano devido ao sedentarismo, e que, um em cada cinco adultos e quatro em cada cinco adolescentes, não pratica atividade física de forma suficiente. Indivíduos que são sedentários têm entre 20% e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade, por DCNT como diabetes e doenças relacionadas ao coração (OMS, 2018).

O estilo de vida ativo, através da prática de atividade física regular, colabora para uma boa aptidão física, sendo um dos fatores imprescindíveis para a manutenção da saúde e para a prevenção e tratamento de doenças, assim como importante também para a qualidade de vida dos indivíduos (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000).

A atividade física é um fator importante por promover benefícios físicos, mentais e cognitivos na saúde dos indivíduos, independentemente da idade e gênero, podendo ser praticada de forma desportiva ou por lazer. A prática regular de atividade física auxilia a perda de peso corporal por reduzir ou manter a gordura corporal e o aumento de massa muscular e óssea, contribuindo de forma positiva na diminuição de doenças (MATSUDO; MATSUDO, 2007).

O incentivo à prática de atividade física regular é uma das estratégias de promoção da saúde para redução e surgimento de várias doenças. Diversos estudos mostram que o exercício físico frequente e conduzido de forma estruturada podem estar associadas à baixa morbidade e baixa mortalidade, além de melhorar a qualidade de vida e condições funcionais do indivíduo (NARDI, 2013).

A partir das conferências internacionais de promoção da saúde realizadas no mundo, houve uma maior preocupação e ações enérgicas para promover a saúde da população mundial.

A partir da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada na cidade de Ottawa, no Canadá, tem sido dada uma maior ênfase na promoção da saúde. De acordo com a elaboração deste documento, a Carta de Ottawa, fez da promoção da saúde um processo de capacitação do indivíduo e da coletividade, onde esses participam ativamente na escolha de seus hábitos de vida e do controle da sua saúde (OPAS, 2015).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem incentivado programas de promoção da saúde para a população. Dentre os temas prioritários, destaca-se o estímulo às práticas corporais e atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos e ambiente saudáveis (BRASIL, 2015).

Bauman et al., (2012) afirmam que a disponibilidade e o acesso a espaços públicos como os parques, praças e bosques, podem facilitar a prática de atividade física, sendo considerado um aspecto importante para a saúde dos indivíduos e da comunidade.

Uma iniciativa de promoção da saúde por meio da atividade física pelo MS é a implantação das Academias ao Ar Livre (AAL), por muitas vezes, equivocadamente é chamada de Academia da Terceira Idade (ATI), inclusive por Salin (2013), ou Academia da Melhor Idade (AMI) que é intitulada por Nardi (2012). Os equipamentos instalados nas AAL são de fácil instalação e utilização e vêm sendo uma estratégia utilizada para aumentar o nível de atividade física das pessoas em espaços públicos (COHEN et al., 2012).

O Programa Academia da Saúde (PAS), lançado em 2011 pelo Departamento de Atenção Básica do MS, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados implementados em espaços públicos (BRASIL, 2018b).

De acordo com Sá et al., (2016), em 2015, no monitoramento de gestão com os 2.849 municípios contemplados com o PAS, apenas 856 Secretarias Municipais de Saúde possuíam polos em pleno funcionamento. No Estado do Ceará somente 36 municípios habilitados.

Uma das iniciativas em promoção da saúde da Unimed Ceará para a população no Estado, é a implantação de AAL na cidade de Fortaleza - CE e nas diversas Unimed integradas e lotadas no interior do Estado a partir de março de 2013. Até o momento atual, têm sido instaladas oito AAL em Fortaleza - CE e outras sete em outros municípios cearenses, tais como Sobral, Itapipoca, Iguatu, Crateús, Reriutaba, Tauá e Quixadá.

O interesse em realizar essa pesquisa surgiu a partir da inquietação relacionada à meta das AAL, que consiste em promover a saúde, que ainda não foram avaliadas com vista ao

alcance dessa meta. Ressalto que os estudos sobre a importância das AAL ainda são incipientes. Neste contexto, questiona-se: *as AAL estão promovendo saúde de seus usuários? Se estiverem promovendo saúde, quais os aspectos que estão envolvidos? Será que a utilização dos equipamentos está correta, uma vez que não há orientação do profissional de educação física?* Então, mediante estes questionamentos, optou-se por investigar o impacto das AAL na promoção da saúde dos usuários.

Os resultados deste estudo poderão subsidiar o replanejamento das atividades desenvolvidas nas AAL com vista à promoção da saúde, a implantação de outras AAL para atingir mais usuários e o investimento de recursos humanos, dentre estes, de profissionais de educação física, para o fornecimento de orientações e acompanhamento dos usuários com a finalidade de se beneficiar amplamente das práticas do exercício físico.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar o impacto das academias ao ar livre na promoção da saúde dos usuários.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar os usuários sob os aspectos sociodemográficos e sanitários;
- Descrever os hábitos e estilo de vida dos usuários;
- Identificar a prática regular do exercício físico;
- Classificar os usuários quanto ao nível de atividade física;
- Descrever sobre a utilização dos equipamentos das academias ao ar livre;
- Avaliar a repercussão da academia ao ar livre na saúde e na vida cotidiana dos usuários.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Atividade Física e Saúde

A atividade física vem sendo bastante estudada como um meio de promover saúde e de grande relevância na vida das pessoas. Caspersen et al., (1985) definiram atividade física como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético maior que os níveis de repouso, sendo medido em quilocalorias. Já o exercício físico é caracterizado quando a atividade física é planejada, estruturada, repetitiva e intencional tendo como objetivo de melhorar ou manter a aptidão física.

Matsudo et al., (2001) definem a aptidão física uma característica atribuída ao ser humano ligada às valências físicas como a potência aeróbia, resistência muscular, força muscular, composição corporal e flexibilidade, sendo um parâmetro importante para avaliar o estado de saúde do indivíduo.

A World Health Organization (WHO) (2010), *American Heart Association* (AHA) e o *American College Sports of Medicine* (ACSM) (1998) preconizam que, adultos saudáveis devam realizar pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade leve a moderada semanalmente ou 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa durante a semana. Exercícios de fortalecimento muscular envolvendo os principais grupos musculares devem ser incrementados durante 2 ou mais dias por semana. Para benefícios adicionais à saúde, os adultos devem aumentar para 300 minutos semanais de atividade física.

Segundo a AHA (2018), um a cada cinco adultos americanos não praticam a quantidade recomendada de atividade física para trazer benefícios à saúde e o número de crianças sedentárias tem crescido a cada ano.

A mudança para um estilo de vida mais sedentário parece trazer diversos malefícios à saúde. Evidências epidemiológicas têm aumentado, o que indica que maior tempo gasto em comportamento sedentário está associado a todas as causas e morbidade e mortalidade cardiovasculares em adultos, de tal forma que alguns países têm divulgado diretrizes gerais que recomendam a minimização de comportamentos sedentários (AHA, 2016).

Entretanto, altos níveis de atividade física de intensidade moderada (isto significa cerca de 60 a 75 minutos por dia) parecem eliminar o aumento do risco de morte associado ao tempo sedentário elevado. No entanto, esse alto nível de atividade atenua, mas não elimina, o aumento do risco associado ao alto tempo de visualização da televisão e uso de *smartphones*. Esses resultados fornecem mais evidências sobre os benefícios da atividade física, particularmente em sociedades onde um número crescente de pessoas tem que ficar sentado por longas horas para trabalhar e pode informar futuras recomendações de saúde pública (EKELUND et al., 2016).

Os benefícios promovidos pela prática de atividade física para a saúde, em um contexto geral, são inquestionáveis. Dentre as implicações ao sistema cardiovascular, pode-se citar a diminuição do colesterol total, da lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), dos triglicerídeos, da pressão arterial, da melhoria nos níveis séricos de colesterol e do aumento de lipoproteínas de alta densidade (HDL-C), assim como, contribui para o controle glicêmico para as respostas fisiológicas relacionadas ao aumento da demanda metabólica (ABETE, 2011).

Além da melhora da capacidade cardiorrespiratória, a atividade física regular implica também na melhoria da composição corporal diminuindo a massa de gordura e aumentando a massa muscular e a massa óssea, além de promover o bem-estar psicossocial (SBD, 2017).

Cerca de 12% das mortes referente ao câncer de mama em mulheres brasileiras, no período de 1990 a 2015, poderiam ter sido evitadas se essas mulheres tivessem realizado pelo menos 30 minutos de atividade física regular (SILVA et al., 2018), ou seja, 12 a cada 100 mulheres morreram de câncer de mama neste período em consequência da inatividade física.

Diversos estudos observacionais atuais indicaram que a atividade física também é benéfica na prevenção da recidiva do câncer de próstata e na melhora da sobrevida após o diagnóstico e tratamento da doença (SHEPHARD, 2017).

Em idosos, deve-se estimular a prática de atividades físicas capazes de promover a melhoria da aptidão física relacionada à saúde. Segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), os longevos devem realizar exercícios de fortalecimento muscular pelo menos duas vezes por semana, envolvendo grandes grupos musculares e exercícios aeróbios com o objetivo de reduzir o risco de mortalidade por diversas causas,

principalmente as doenças coronarianas, acidente vascular cerebral, hipertensão e diabetes tipo 2 (DHHS, 2008).

Atividades físicas praticadas em ambientes ao ar livre é uma alternativa para os indivíduos em fase de contemplação e sensibilização. Um estudo realizado por Coon et al., (2011) revelou que, comparando-se aos exercícios em ambientes fechados, como nas academias de musculação, os exercícios realizados em ambientes naturais, ou seja, ao ar livre, foram associados a maiores sentimentos de revitalização e engajamento positivo, diminuição da tensão e depressão e aumento de energia física.

### **3.2 Promoção da Saúde**

A promoção da saúde (PS) tem sido definida como o processo de capacitação da comunidade para exercer e atuar na melhoria de sua saúde e qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Durante a década de 60, a ampla discussão em diversos países do mundo destacando a determinação econômica e social da saúde, abriu caminho para a busca de uma abordagem positiva nesse campo, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle das doenças. Entre as diversas tentativas para alcançar este objetivo, destaca-se o movimento canadense desenvolvido a partir do relatório Lalonde, em 1974 (BRASIL, 2002).

O Relatório Lalonde, informe lançado pelo governo canadense intitulado como “Uma nova perspectiva para a saúde dos canadenses”, reconheceu os diversos fatores que determinam o processo saúde/doença, sendo um marco nas políticas públicas e propondo um novo modelo de saúde, apontando elementos fundamentais da produção da saúde como o ambiente, o estilo de vida, a organização da assistência sanitária e a biologia humana (BRASIL, 2002).

Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, reunida em Alma-Ata, no Cazaquistão, foi um marco da discussão da atenção primária no mundo passando a orientar os serviços de saúde, incentivando estratégias de promoção da saúde e reconhecendo as limitações de um modelo biomédico (CATRIB et al., 2011).

A Declaração de Alma-Ata (1978) enfatiza que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não, basicamente, a ausência de doenças ou enfermidades. As desigualdades sociais deveriam ser minimizadas para que houvesse equidade em termos de

saúde entre os países em desenvolvimento e os países desenvolvidos, para que pudesse se atingir a meta de levar saúde para todos no ano 2000. Reconhece pela primeira vez que a saúde é um direito de todos.

A I Conferência Internacional sobre PS, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, ficou mundialmente conhecida também como “Carta de Ottawa”. Este documento é uma carta de intenções que busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal. A Carta de Ottawa fomenta um novo conceito sobre PS como forma de proporcionar a sociedade meios para melhorar a saúde e de exercer maior controle sobre ela (BRASIL, 2001).

A Carta de Ottawa sugere que a responsabilidade sobre a saúde não deve ser somente garantida pelo setor da saúde. A PS fomenta uma ação coordenada de vários envolvidos como governos, setores sociais e econômicos, pela indústria e por organizações não governamentais. Neste documento, os campos de ação contemplados para promovê-la incluem o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986).

A Conferência de Adelaide, elaborada na II Conferência Internacional sobre PS em 1988, na Austrália, ratificou as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa e apontou que as políticas públicas de todos os setores influenciam os determinantes de saúde e são importantes para diminuir as iniquidades sociais e econômicas, tendo como principal propósito a criação de ambientes favoráveis para que as pessoas possam ter vidas saudáveis (BRASIL, 2002).

A II Conferência de Conferência Internacional sobre PS identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas: apoio à saúde da mulher, acesso à alimentação e nutrientes saudáveis, redução do consumo de tabaco e álcool e a criação de ambientes saudáveis (BRASIL, 2001).

No ano de 1991, na Suécia, foi realizado a III Conferência Internacional sobre OS. A Conferência de Sundsvall reitera que um ambiente favorável é de extremamente importante para a saúde. Ambiente e saúde são interdependentes e inseparáveis. Ressalta também a importância de aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde como o ambiente físico, social, econômico e político (BRASIL, 2002). A conferência sedimenta a ideia de criação

de cidades saudáveis, que no Brasil recebe a denominação de “municípios saudáveis” (FERRAZ, 1999).

A efetividade da PS, a baixa participação da comunidade, as desigualdades e as iniquidades e o desenvolvimento da educação em saúde foram os questionamentos levantados, em 1997, na IV Conferência Internacional sobre PS, em Jacarta, sob a pauta da PS no Século XXI (OMS, 1997).

A Declaração de Jacarta é a primeira a incluir o setor privado no apoio à PS. Durante esta conferência, todos os princípios de PS foram novamente lembrados e discutidos, incluindo a importância da saúde do idoso (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Com o tema “PS: Rumo a Maior Equidade”, foi realizada na Cidade do México a V Conferência Internacional de PS, em 2000. A Declaração do México reforçou as questões-chaves relevando os aspectos científicos, sociais e políticos na PS, bem como a necessidade de reduzir as desigualdades entre grupos e países e o papel da mulher no desenvolvimento de políticas de saúde (OMS, 2000).

Na Carta de Bangkok para a PS em um mundo globalizado, em 2005, se identifica as ações, compromissos e promessas fundamentais para atingir os determinantes da saúde em um mundo globalizado através da PS, capacitando as comunidades para a melhoria social (OMS, 2005). A VI Conferência Internacional sobre PS foi a primeira a alertar para o crescente problema das doenças crônicas, como as doenças cardíacas, diabetes e câncer (BRASIL, 2001).

As reformas do setor de saúde na América Latina se distinguem dos modelos internacionais, pois sofriam influências por uma linha revolucionária, de luta pelos direitos sociais garantidos e pelo direito da cidadania. No Brasil, a partir da redemocratização do país, diante das discussões das reformas sanitárias e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), diversas mudanças aconteceram na saúde pública (CATRIB, 2011).

O SUS foi elaborado a partir da articulação de uma série de forças e movimentos sociais e políticas em defesa da saúde como um bem público e uma alternativa de como o estado brasileiro se articulou para efetivar as políticas de saúde do país (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

No Brasil, a discussão sobre a necessidade de intervenção nos determinantes de saúde foi impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária no início da década de 80, marcado por um contexto de intensa politização do campo da saúde, ganhando espaço com movimentos de transformação social e melhoria da qualidade de vida (CATRIB, 2011).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída em 2006 pela Portaria MS/GM nº 687 para ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, ampliando a integralidade do cuidado (BRASIL, 2015).

O documento afirma que a PNPS é uma estratégia de produção da saúde cuja especificidade é fortalecer a discussão sobre os determinantes sociais nas ações do setor saúde, potencializando formas mais amplas de pensar e trabalhar os indivíduos e comunidades melhorando a saúde destes.

Entre os temas prioritários desenvolvidos pela PNPS estão: alimentação, atividade física, controle do tabagismo, prevenção da violência e cultura da paz, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e drogas e desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

No Brasil, e em vários países da América Latina onde as desigualdades socioeconômicas são mais frequentes, a PS ainda tem pequena participação no desenvolvimento social e econômico do país. Fatores como manipulação de políticas públicas, interesses políticos e instabilidade política em muitas regiões, prejudicam seu desenvolvimento (FERRAZ, 1999).

Entretanto, no final do século 20, o MS, em parceria com a OPAS, lançou um programa nacional de PS que encoraja e divulga as atividades por meio de seu periódico “Promoção da Saúde”. Uma das iniciativas de OS, a nível nacional e mundial, reconhecida pela OMS, é o “Programa Agita São Paulo” criado em 1996 pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), em São Paulo, inspirando o “Programa Agita Mundo” (SOUZA; GRUNDY, 2004).

### 3.3 Academia ao Ar Livre - AAL

As alterações do perfil da saúde têm exigido uma transformação na forma como se organizam e são ofertados os serviços de saúde para garantir o acesso e os cuidados referentes ao panorama atual de adoecimento e mortalidade por DCNT, sobretudo no que diz respeito ao excesso de peso e obesidade (BRASIL, 2014).

Fica claro o fato de que esforços para aumentar o nível de atividade física da população exigirão ação conjunta do governo, de órgãos não-governamentais, entidades privadas e entidades sem fins lucrativos trabalhando em parceria a nível local, estadual e nacional (AHA, 2015).

Espaços públicos como as praças e os parques são ambientes favoráveis para a prática de atividade física, sendo lugares facilmente acessíveis pela sociedade. A prática de atividade física nesses espaços pode promover diversos benefícios à saúde em nível físico e psicológico, estando esses lugares ainda, associados a um bom nível de atividade física (BEDIMO-RUNG et al., 2004).

A atividade física deve ser incentivada por meio de iniciativas tanto do poder público, quanto do poder privado. É necessário levar em consideração as particularidades dos indivíduos, sejam elas financeiras e/ou sociais, disponibilizando alternativas acessíveis para a prática de atividades físicas ao ar livre, visando atingir coletivamente a busca por um estilo de vida mais saudável (POLISSENI; RIBEIRO, 2014).

O MS tem como uma das metas a implantação, o apoio aos programas de atividades físicas associadas às políticas públicas, com o objetivo de promover saúde e a qualidade de vida dos brasileiros a partir da agenda de compromissos pela saúde, de 2005, do MS, e pela aprovação da PNPS de 2006 (BRASIL, 2006).

Diversas iniciativas regionais já vinham promovendo a prática de atividade física como principal ação no enfrentamento de doenças nos anos 2000 em espaços públicos ou em locais especialmente construídos para o desenvolvimento das ações, com ampla participação da comunidade (BRASIL, 2014).

De acordo com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, somente em 2011 houve mais de mil projetos de atividade física em andamento em todo o País (BRASIL, 2011).

Nos últimos anos, as AAL vêm sendo uma alternativa de promover saúde e de aumentar o nível de atividade física da população. As AAL têm ganhado popularidade internacional e vem sendo implantadas em vários lugares do mundo. Chow et al., (2017), relatam que mais da metade dos parques em Taiwan possuem AAL. Foi citado também instalações destes tipos de equipamentos nos Estados Unidos, em países europeus como Espanha e Portugal, na América do Sul e na Austrália, sendo mais utilizados por mulheres e idosos.

Uma das ações de promoção da saúde, de acordo com o Plano de Ações para o Enfrentamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis lançado pelo MS de 2011, na área de atividade física, é a implantação do Programa Academia da Saúde (PAS) que estimula a construção de espaços saudáveis que promovam ações de promoção da saúde e estimulem à atividade física e práticas corporais, o lazer e os modos de vida saudáveis em articulação com a Atenção Básica à Saúde (ABS) (BRASIL, 2011).

O MS, através do Departamento de Atenção Básica, define o PAS, lançado em 2011, como uma estratégia de PS e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos chamados como polos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados (BRASIL, 2018b). A meta de expansão do programa era de chegar a 4 (quatro) mil AAL até 2014. Desde 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde do MS apoia e financia programas de atividade física.

De acordo com a meta estabelecida no Plano Plurianual 2016-2019, o MS pretende custear 3500 polos do PAS. Trata-se de uma política pública bem disseminada no território, uma vez que alcançou cerca de 2900 municípios brasileiros e está em todas as unidades da federação (BRASIL, 2018b).

No Brasil, conforme Palácios et al., (2009), a primeira AAL surgiu em 2006 no município de Maringá, no Paraná, e, a partir de então, outras cidades e estados brasileiros aderiram à iniciativa. De acordo com a Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC), até agosto de 2019, a capital do Paraná possuía 246 unidades de AAL (Prefeitura Municipal de Curitiba,

2019). A princípio, as AAL foram elaboradas para o público idoso, porém é visto atualmente que o uso é realizado por pessoas de várias idades e gêneros.

Neste contexto, em diversas praças e parques da cidade de Fortaleza vêm sendo implantadas AAL tanto pelo setor público como pelo setor privado, sendo formadas por equipamentos com a finalidade de realizar atividades de alongamento, fortalecimento e desenvolvimento muscular.

De acordo com a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), a cidade de Fortaleza possui atualmente 154 AAL, em diversos bairros da cidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2018). Estas AAL são instaladas e mantidas pela PMF, porém muitas delas sofrem com ações de vandalismo e a falta de manutenção.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) incentiva os planos de saúde a ofertarem programas de promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças e programas de envelhecimento ativo para seus beneficiários com o objetivo de produzir saúde e não apenas tratar a doença (ANS, 2018).

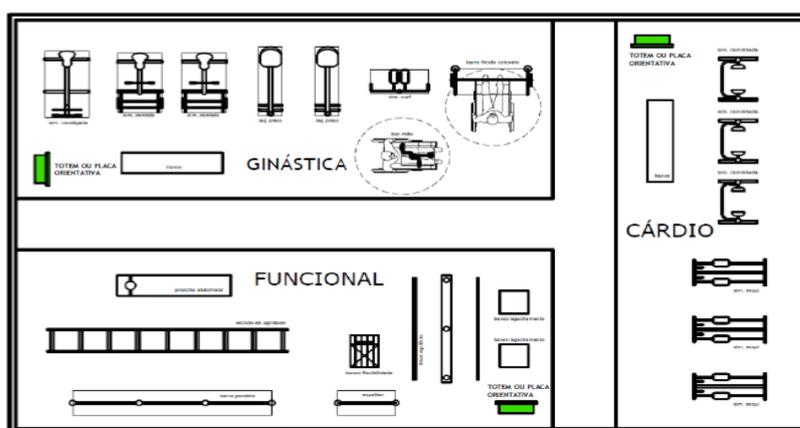
A Unimed do Brasil (2017), intitulada Confederação Nacional do Sistema Nacional (CNSN), está composta por 346 cooperativas médicas em todo o Brasil e abrange 37,0% de participação no mercado nacional de planos de saúde. De acordo com o levantamento realizado por iniciativa das Unimeds locais, foram implantadas 217 AAL, sendo 2 na Região Norte, 14 na Região Nordeste, 29 na Região Centro-Oeste, 18 na Região Sudeste e a maior concentração encontra-se na Região Sul com cerca de 154 AAL.

Em 2017, a Unimed do Brasil lançou o Projeto Nacional de Academias ao Ar Livre com o objetivo de incentivar as pessoas a combaterem o sedentarismo, melhorar a conservação e utilização dos espaços públicos, promover inclusão social com equipamentos destinados a cadeirantes, melhorar a saúde e qualidade de vida dos usuários, entre outros benefícios. O interesse pela comunidade, um dos princípios do cooperativismo vai de encontro com esta proposta.

Neste sentido, inspirado em iniciativas e ações de PS da Unimed do Brasil e pela necessidade de incentivar a prática regular de atividade física dos seus usuários e sociedade, a Unimed Ceará implantou em Fortaleza no ano de 2013 a sua primeira AAL com o objetivo de

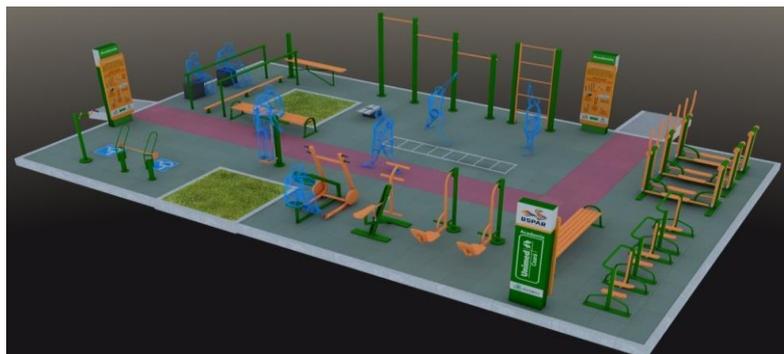
promover saúde, bem-estar, inclusão social, ofertar um espaço de atividade física gratuito para a sociedade e estimular a adoção de hábitos saudáveis, através de equipamentos mais modernos, seguros, eficientes e com melhoria na biomecânica do movimento (UNIMED CEARÁ, 2018a).

As AAL da Unimed Ceará foram idealizadas com um propósito inovador, permitindo a utilização de equipamentos de última geração. Possui uma área de aproximadamente 110m<sup>2</sup> com 22 equipamentos e 3 totens que contêm a especificação de cada máquina. Composta por 3 módulos: ‘*Espaço Funcional*’, que conta com aparelhos para treinamento funcional ideias para melhorar as atividades da vida diária, idealizados de acordo com as valências físicas; o ‘*Espaço Fitness/Ginástica*’ é destinado aos exercícios de resistência e de fortalecimento muscular e possui equipamentos indicados para pessoas portadores de mobilidade reduzida (cadeirantes); e o ‘*Espaço Córdio*’ que possui aparelhos específicos para melhorar a capacidade cardiorrespiratória e otimizar o processo de emagrecimento (figura 1 e figura 2) (UNIMED CEARÁ, 2018b).



**Figura 1.** Módulos/Espaços da AAL Unimed Ceará.  
**Fonte:** UNIMED DO BRASIL, 2017.

A divisão dos equipamentos por módulos, de acordo com as suas funcionalidades, permite uma melhor visualização e organização do espaço. Este tipo de iniciativa foi pioneiro em AAL no Brasil.



**Figura 2.** Módulos/Espaços de uma AAL implantada pela Unimed Ceará.  
**Fonte:** UNIMED DO BRASIL, 2017.

O **Espaço Funcional** é composto por equipamentos com a função de melhorar a agilidade, coordenação motora, equilíbrio, flexibilidade e força muscular especificados abaixo (figura 3) (UNIMED CEARÁ, 2018b):

- Barras fixas: fortalece costas, ombros e braços;
- Trave de equilíbrio: melhora o equilíbrio e a coordenação motora;
- Escada de agilidade: melhora a agilidade e a coordenação motora;
- Banco de agachamento: fortalece a musculatura e avalia a força de membros inferiores;
- Banco de flexibilidade (Wells): avalia a flexibilidade de tronco e a cadeia posterior de membros inferiores;
- Prancha abdominal: fortalece a musculatura abdominal;
- Espaldar: indicado para auxiliar nos exercícios de alongamento.

O **Espaço Cárdio** é composto por equipamentos que trabalham o sistema aeróbico, tais como:

- Simulador de caminhada: melhora a capacidade cardiorrespiratória e auxilia no equilíbrio, na coordenação motora e na mobilidade articular do quadril;
- Simulador de esqui: melhora a capacidade cardiorrespiratória e auxilia na coordenação motora através de movimentos multiarticulares de membros inferiores e superiores.

As máquinas que compõe o **Espaço Fitness/Ginástica** são:

- Bicicleta de mão: aparelho indicado para cadeirantes. Melhora a capacidade cardiorrespiratória, coordenação motora e a mobilidade dos membros superiores.
- Barra flexão de cotovelos: aparelho indicado para cadeirantes. Fortalece a musculatura dos braços e ombros.
- Simulador de remada: fortalece a musculatura das costas e braços.
- Simulador de cavalgada: fortalece a musculatura das costas, braços e pernas.
- Simulador de surf: melhora a amplitude articular do quadril e fortalece a musculatura abdominal.
- *Legpress*: fortalece a musculatura dos membros inferiores como coxas, glúteos e panturrilhas.



**Figura 3.** Tipos de equipamentos da AAL da Unimed Ceará.  
**Fonte:** UNIMED CEARÁ, 2018b.

Essas características físicas dos equipamentos e atributos espaciais capazes de garantir as definições citadas, são determinantes ao amplo uso, estendendo-se a toda população sem exclusões e sem causar dificuldades e constrangimentos. O projeto estratégico desenvolvido na capital foi feito por meio da parceria entre a Unimed Ceará, Prefeitura Municipal de Fortaleza e o Governo do Estado do Ceará e, para implantação das AAL das unidades da Unimed do interior, foi realizada parcerias com as prefeituras locais. Possui uma equipe técnica para elaboração do projeto composta por profissional de educação física, arquitetos, engenheiros, gerente de projetos e gestores de saúde da Unimed Ceará (UNIMED CEARÁ, 2018b).

Outras iniciativas da Unimed Ceará em promoção da saúde são: passeios ciclísticos semanais, assessoria esportiva de corrida e hidroginástica para clientes, Projeto Bike Vida de atendimento de urgência e emergência sob bicicletas em parceria com a Prefeitura Municipal de Fortaleza, campanhas de educação em saúde para as populações diversas como o Agita Ceará e revitalizações de espaços esportivos e de lazer como as quadras poliesportivas da Avenida Beira Mar, em Fortaleza (UNIMED CEARÁ, 2016).

A UNIMED Ceará atua como operadora de planos de saúde privada em todas as regiões da unidade federativa. Fundada em 1985 sob um modelo empresarial cooperativista, configura-se como Federação das UNIMED do Estado do Ceará ao reunir nove filiadas em seu sistema, compondo uma rede integrada que facilita o acesso de clientes em clínicas, hospitais e consultórios médicos em suas próprias cidades. Sua missão é promover o Cooperativismo Médico por meio do fortalecimento das UNIMED filiadas e prestar serviços como Operadora de Plano de Saúde, com práticas sustentáveis e atendimento humanizado, garantindo a satisfação de seus clientes.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo e natureza do estudo**

Tratou-se de um estudo quantitativo, transversal, analítico e avaliativo. Os estudos transversais são um dos delineamentos mais utilizados em pesquisas epidemiológicas, principalmente na saúde coletiva. As suas vantagens são: baixo custo, facilidade de realização, rapidez na coleta e objetividade na coleta de dados (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado nas 06 (seis) AAL, em Fortaleza - CE. As AAL foram implantadas pela Unimed Ceará em praças públicas situadas em bairros movimentados integrantes da Secretaria Regional II (SR II) integrante da Coordenadoria Regional de Saúde II (CORES II), da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF). Assim, as AAL estão localizadas nos bairros - Meireles, Praia de Iracema, Vicente Pinzón, Guararapes, Cocó e Aldeota. Ressalta-se que a implantação das AAL é fruto de uma parceria entre a Unimed Ceará, PMF e Governo do Estado do Ceará. No município de Fortaleza - CE, as SR são as subprefeituras sem número de 7 (sete): I, II, III, IV, V, VI e Centro. Cada SER é subdividida em várias AP (Áreas Particulares), onde trabalham líderes comunitários, secretários e outros profissionais relacionados com a função de garantir a melhoria de vida aos habitantes e a preservação das potencialidades naturais da região.

### **4.3 População alvo do estudo**

Participaram do estudo adultos maiores de 18 anos, frequentadores das AAL, independentemente da regularidade, da escolaridade, do sexo, residentes em Fortaleza - CE, que estiveram presentes nas AAL durante o período da coleta de dados e que tiveram condições psicoemocionais para responder aos questionamentos.

### **4.4 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada durante os meses de janeiro a março de 2020, de segunda a domingo nos três turnos - manhã, tarde e noite - por meio da entrevista (Apêndice B), cujo roteiro conteve os dados sócios demográficos e sanitários, hábitos e estilo de vida, prática do

exercício físico, utilização das AAL, repercussão das AAL na promoção da saúde e da aplicação do instrumento intitulado *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ, versão curta) (Anexo A). A coleta de dados foi realizada através de entrevista pelo pesquisador, por estudantes de educação física e por bolsistas de graduação da área da saúde da UNIFOR, devidamente treinados. Os usuários foram abordados de forma aleatória, normalmente quando chegava na AAL.

O Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) foi inicialmente proposto por um grupo de trabalho de pesquisadores durante uma reunião científica em Genebra, Suíça, em abril de 1998. Como parte da OMS - Comitê Internacional em Atividade Física e Saúde (CELAFISCS) foi um dos 12 selecionados pelo mundo (Austrália, Canadá, Finlândia, Guatemala, Itália, Japão, Portugal, África do Sul, Suécia, Inglaterra e Estados Unidos), apontado como parte da força tarefa para desenvolver o IPAQ, assim como para ajudar outros centros da América Latina, já que exerce um importante ponto na liderança no Conselho Internacional de Ciências do Desporto e Educação Física (ICSSPE), para países em desenvolvimento.

O propósito do grupo do IPAQ foi desenvolver e avaliar a validade e reprodutibilidade de um instrumento de medida do nível de atividade física (AF) possível de ter um uso internacional que permitirá a possibilidade de realizar um levantamento mundial da prevalência de atividade física no mundo. Muito pouco é conhecido sobre os hábitos de atividade física de pessoas que vivem em países em desenvolvimento, embora isto possa ser razoavelmente especulado que a AF no tempo livre seja realizada em pequenas proporções na atividade total. (MATSUDO et al., 2001).

O IPAQ é um questionário que permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, em diferentes contextos do cotidiano, como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer e ainda o tempo despendido em atividades passivas, realizadas na posição sentada. O questionário foi publicado na versão curta e na versão longa. A versão curta do IPAQ é composta por sete questões abertas e suas informações permitem estimar o tempo despendido, por semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada). A versão longa do IPAQ apresenta 27 questões relacionadas com as atividades físicas, realizadas numa semana normal, com intensidade vigorosa, moderada e leve, com a duração mínima de 10 minutos contínuos, distribuídas em quatro dimensões de atividade

física (trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer) e do tempo despendido por semana na posição sentada. Quando comparadas as versões curta e longa do IPAQ, os resultados são diferentes.

Na versão curta, o tempo semanal despendido em atividades físicas moderadas e vigorosas tem sido menor quando comparado com a versão longa. Esse fato pode ser devido à diferença no número de domínios em cada versão e o número de questões, pois na longa cada domínio é mais explorado (MATSUDO et al., 2001).

Para o recrutamento foi feito a abordagem dos usuários que estavam presentes no momento da coleta. Para tanto, foi disponibilizado o contato do pesquisador aos interessados em participar da referida pesquisa. Os dados coletados foram registrados manualmente. Ressalta-se que foram contatados os responsáveis pelas praças onde as AAL estão em funcionamento para fins de informar e divulgar o estudo entre os frequentadores.

#### **4.5 Variáveis selecionadas para o estudo**

a) Sócios demográficos – idade, sexo, cor, profissão/ocupação, plano de saúde, procedência, naturalidade, estado civil, escolaridade, condição de moradia e renda mensal (individual);

b) Sanitários – história familiar de cronicidade, problemas de saúde, tratamento, antropometria, outras informações

c) Estilo de vida – gerenciamento do estresse e abstenção do álcool;

d) Prática do exercício físico – tipo/modalidade, frequência, duração, horário, local, orientações e orientações recebidas;

e) Utilização das AAL – frequência, duração, horário, local, tipos de equipamentos utilizados, tempo de utilização da AAL, conhecimento sobre a funcionalidade de cada equipamento utilizado, orientações recebidas, motivo que levou a utilização da AAL e objetivos de utilização da AAL;

f) Repercussão das AAL na promoção da saúde na saúde física, na saúde mental, na interação social, no trabalho e no bem-estar geral;

g) IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física.

#### **4.6 Organização dos dados**

Os dados foram analisados através do *Software Package Statistic Social Science* (SPSS, versão 22), para análise dos resultados, sendo adotado um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% ( $P < 0,05$ ) para todos os testes aplicados. As variáveis quantitativas foram representadas por meio de média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil (em caso de distribuição não normal dos dados) com resultados expressos em figuras, quadros e tabelas.

#### **4.7 Análise dos dados**

A análise dos resultados foi baseada na estatística descritiva e analítica, utilizando-se dos testes estatísticos a fim de alcançar os objetivos propostos. A análise foi fundamentada na promoção da saúde, literatura selecionada e nas políticas públicas de saúde vigentes.

#### **4.8 Aspectos éticos legais**

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Aos usuários, foram assegurados o anonimato e o direito de retirar o consentimento no momento que desejarem. Os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e da emissão do parecer favorável da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR sob o número 3.779.148.

Os participantes da pesquisa tiveram sua integridade emocional e física preservadas, direito à livre desistência, sigilo e confidencialidade das informações e identificações concedidas, bem como acesso às essas informações ao tempo que o desejaram. Não havendo aos participantes prejuízos financeiros.

A pesquisa envolveu risco de baixa gravidade, visto que o procedimento foi por meio de uma entrevista, porém, os participantes poderiam sentir-se constrangidos. Eles foram minimizados através da ressalva do sigilo da pesquisa e proporcionando um ambiente confortável destinado para entrevista. Posteriormente, foi utilizada apenas uma codificação para identificar o participante, viabilizando a análise.

Os participantes da pesquisa tiveram suas práticas estudadas para identificar conduta no seu estilo de vida, logo, o benefício foi desenvolvido ao passo que foi analisado a realidade e identificado as necessidades acerca da promoção da saúde.

Dessa forma, viabilizando o planejamento e implementação de uma tecnologia educativa de saúde acerca do tema pesquisado e resultados obtidos, a fim de promover conhecimento acerca do melhor nível de saúde e de bem-estar.

## 5 RESULTADOS

- **Dados sociodemográficos:**

- Idade e sexo

Entre os 103 indivíduos da amostra, 63,1% (65) eram do sexo feminino e 36,9% (38) eram do sexo masculino. A média de idade da amostra foi  $46,8 \pm 16,0$  anos, com o mínimo de 18 anos e um máximo de 78 anos. Entre as mulheres, a idade média foi de  $48,2 \pm 12,7$  anos e no grupo de homens foi de  $44,1 \pm 20,6$  anos (tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição dos usuários por gênero e idade.

	Nº de usuários	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
<b>Idade*</b>	103	18	78	46,8	16,0
<b>Feminino</b>	65 (63,1%)	24	75	48,2	12,7
<b>Masculino</b>	38 (36,9%)	18	78	44,1	20,6

Nº = número, \* em anos

Entre os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária de 25 a 29 anos e de 65 a 69 anos estão entre o maior número, cada um com 6 (5,8%) usuários. A faixa etária de 45 a 49 anos apresentou um maior número entre as praticantes das AAL do sexo feminino, totalizando 10 (9,7%) pessoas (tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição do sexo por faixas etárias.

	Masculino		Feminino		Total	
	n	(%)	N	(%)	N	(%)
18 a 19 anos	03	2,9	00	00	03	2,9
20 a 24 anos	05	4,9	01	1,0	06	5,8
25 a 29 anos	06	5,8	02	1,9	08	7,8
30 a 34 anos	03	2,9	09	8,7	12	11,7
35 a 39 anos	02	1,9	04	3,9	06	5,8

40 a 44 anos	02	1,9	07	6,8	09	8,7
45 a 49 anos	01	1,0	10	9,7	11	10,7
50 a 54 anos	02	1,9	08	7,8	10	9,7
55 a 59 anos	01	1,0	09	8,7	10	9,7
60 a 64 anos	04	3,9	07	6,8	11	10,7
65 a 69 anos	06	5,8	05	4,9	11	10,7
70 a 74 anos	00	00	02	1,9	02	1,9
75 a 79 anos	03	2,9	01	1,0	04	3,9
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>36,9</b>	<b>65</b>	<b>63,1</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

Nº = número, % = percentual

Na variável cor, 54 (52,4%) pessoas informaram serem pardas, 46 (44,7%) pessoas brancas e somente 03 (2,9%) indivíduos responderam que são negros (tabela 3).

**Tabela 3. Cor.**

Cor	n	%
Branca	46	44,7
Parda	54	52,4
Negra	03	2,9
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

Entre as profissões/ocupações, 19 (18,4%) pessoas informaram exercer a função de empregada doméstica e outros 23 (22,3%) indivíduos afirmaram ser aposentados. Outras ocupações citadas foram estudante, empresário, babá, dona de casa, professora, vendedor e entre outros (tabela 4).

**Tabela 4. Profissão/ocupação.**

Profissão/ocupação	n	%
Empregada doméstica	19	18,4
Aposentado (a)	23	22,3
Estudante	08	7,8
Outros	53	51,5
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

A tabela 5, abaixo, informa que 56 (54,4%) praticantes das AAL não possuem plano de saúde e que 47 (45,6%) dos entrevistados possuem algum tipo de plano de saúde médico.

**Tabela 5.** Plano de saúde.

Plano de saúde	N	%
Hapvida	17	16,5
Unimed	19	18,4
Não possui	56	54,4
Outros	11	10,7
Total	103	100

A maioria dos participantes entrevistados era procedente do interior, no total de 56 (54,4%), entretanto 47 informaram que era natural da capital, Fortaleza (tabela 6).

**Tabela 6.** Procedência.

Naturalidade	N	%
Capital	47	45,6
Interior	56	54,4
Total	103	100

Dos usuários entrevistados das AAL, 71 (68,9%) eram provenientes da capital do Estado do Ceará, enquanto 32 (31,1%) praticantes eram procedentes de municípios do interior do estado (tabela 7).

**Tabela 7.** Naturalidade.

Naturalidade	n	%
Capital	71	68,9
Interior	32	31,1
Total	103	100

Em relação ao estado civil, 53 pessoas eram casadas e somente 01 indivíduo informou que era viúvo (tabela 8).

**Tabela 8.** Estado Civil.

Estado civil	N	%
Casado	53	51,4
Solteiro	39	37,9
Separado	10	9,7
Viúvo	01	01
Total	103	100

Das 103 pessoas entrevistadas, 100% eram alfabetizadas. Entretanto, 41 (39,8%) dos usuários informaram ter o ensino médio completo e somente 08 (7,8%) disseram que concluíram o ensino fundamental (tabela 9).

**Tabela 9.** Escolaridade.

Escolaridade	n	%
Alfabetizado	103	100
Ensino fundamental incompleto	13	12,6
Ensino fundamental completo	08	7,8
Ensino médio incompleto	05	4,8
Ensino médio completo	41	39,8
Ensino superior incompleto	14	13,6
Ensino superior completo	22	21,4
Total	103	100

A tabela 10 informa sobre as condições de moradia. 67% (69) dos entrevistados informaram que residem em moradia própria e 26,2% disseram que moram de aluguel (tabela 10).

**Tabela 10.** Condições de moradia.

Condições de moradia	N	%
Alugada	27	26,2
Própria	69	67
Outros	07	6,8
Total	103	100

Dos 103 entrevistados, 37 (35,9%) informaram que recebem até um salário-mínimo e 31 usuários tem na sua renda individual de 1 a 3 salários-mínimos (tabela 11).

**Tabela 11.** Renda mensal (individual).

Renda mensal	n	%
Sem renda	08	7,8
Até 1 salário-mínimo (R\$1.045,00)	37	35,9
De 1 a 3 salários-mínimos (R\$1.045,00 a R\$3.135,00)	31	30,1
De 3 a 6 salários-mínimos (R\$3.135,00 a R\$6.270,00)	09	8,7
De 6 a 9 salários-mínimos (R\$6.270,00 a R\$9.405,00)	03	2,9
De 9 a 12 salários-mínimos (R\$9.405,00 a R\$12.540,00)	06	5,8
De 12 a 15 salários-mínimos (R\$12.540,00 a R\$15.675,00)	01	1,0
Mais de 15 salários-mínimos (mais de R\$15.675,00)	08	7,8
Total	103	100

➤ Com quem mora

A maioria dos entrevistados, 72 (69,9%) pessoas, informaram que moram com o cônjuge e/ou filhos. Outros usuários também disseram que moram com os pais, com o seu empregador, sozinhos, entre outras opções.

• **Sanitários**

➤ Problemas de saúde

Os problemas de saúde mais frequentes de 44 (42,7%) praticantes das AAL foram hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, entretanto 59 (57,3%) usuários informaram não ter algum problema de saúde.

Entre os entrevistados, 33 (32%) usuários informaram que possuem histórico familiar de hipertensão arterial e outros 33 (32%) disseram que não possuem nenhum histórico de doenças na família (tabela 12).

**Tabela 12.** Histórico familiar.

Histórico familiar	N	%
Diabetes <i>mellitus</i>	15	14,6
Diabetes <i>mellitus</i> + hipertensão arterial	21	20,4
Hipertensão arterial	33	32
Nenhuma doença	33	32
Hipertensão arterial + obesidade	01	01
Total	103	100

➤ Conceito de saúde

A maioria dos entrevistados relatou que o conceito de saúde está ligado a bem estar físico e emocional, à prática de atividade física, à ter uma boa alimentação, à ausência de doenças e que é algo fundamental.

➤ Conceito de doença

Nos relatos dos usuários, a maior parte deles disse que doença é algo ruim, que está ligado a incapacidade física e à tristeza.

O resultado do IMC da amostra indica que, 33 (32%) praticantes das AAL foram classificados como eutrófico, entretanto 68 (66%) pessoas foram classificadas com sobrepeso ou obesidade (tabela 13).

**Tabela 13.** Índice de Massa Corporal (IMC).

IMC	n	%
Abaixo do peso	02	1,9
Eutrófico	33	32
Sobrepeso	47	45,6
Obesidade I	16	15,6
Obesidade II	05	4,9
Obesidade III	00	00

Total	103	100
-------	-----	-----

- **Estilo de vida**

- Gerenciamento do estresse

Os usuários, ao serem perguntados sobre o gerenciamento do estresse, 76 (73,8%) deles relataram conseguir administrar o seu estresse, entretanto os outros 27 (26,2%) afirmaram que não conseguem gerir o estresse.

- Abstenção de álcool

Em se tratando do consumo de bebida alcoólica, 61 (55,3%) frequentadores afirmaram se abster do uso e 46 (44,7%) pessoas afirmaram que ingerem álcool moderadamente.

- **Prática da atividade física**

- Tipo/modalidade

Dos 103 usuários das academias ao ar livre entrevistados, 83 (80,6%) praticantes relataram que realiza caminhada como prática de atividade física e 20 (19,4%) pessoas realizam outros tipos de exercício físico.

Em relação à frequência semanal da prática de exercício físico, 33 (32%) praticam atividade física 5x por semana, entretanto somente 03 (2,9%) realizam as suas atividades 1x por semana (tabela 14).

**Tabela 14.** Frequência (semana).

Frequência	n	%
1x por semana	03	2,9
2x por semana	13	12,6
3x por semana	18	17,5
4x por semana	15	14,6
5x por semana	33	32
6x por semana	16	15,5
7x por semana	05	4,9
Total	103	100

Referente ao tempo de duração do exercício, 50 (48,5%) disseram praticar 60 minutos de atividade física por sessão e 06 (5,8%) informaram realizar mais de 60 minutos de atividade por dia (tabela 15).

**Tabela 15.** Duração (minutos).

Duração	n	%
30 minutos	35	34
40 minutos	12	11,7
60 minutos	50	48,5
+ 60 minutos	06	5,8
Total	103	100

A maioria indivíduos, 40 (38,8%), informou que realizam atividade física no período da manhã, 31 (30,1%) se exercitam no período da tarde e 32 (31,1%) no período da noite (tabela 16).

**Tabela 16.** Horário (turno).

Horário	n	%
Manhã	40	38,8
Tarde	31	30,1
Noite	32	31,1
Total	103	100

➤ Local da prática da atividade física

Os usuários frequentadores das AAL, na maior parte das vezes, utilizavam as praças públicas para praticar atividade física. Outras opções de locais foram as academias convencionais, praia, estúdio de pilates, como meio de locomoção, entre outros.

65 (63,1%) entrevistados não receberam qualquer tipo de orientação para a prática de atividade física, porém 26 (25,3%) obtiveram orientações de profissionais de educação física (tabela 17).

**Tabela 17.** Orientações recebidas.

Orientações recebidas	n	%
Fisioterapeuta	02	1,9
Médico	07	6,8
Nutrição	01	01
Profissional de educação física	26	25,3
Nenhuma orientação	65	63,1
Outros profissionais	02	1,9
Total	103	100

- **Utilização das AAL**

Referente à frequência na utilização das AAL, 32 (31,1%) usuários praticavam atividade física 3x por semana. Aqueles que utilizavam 7x por semana foram apenas dois frequentadores (tabela 18).

**Tabela 18.** Frequência (semana).

Frequência	n	%
1x por semana	01	01
2x por semana	15	14,6
3x por semana	32	31,1
4x por semana	12	11,6
5x por semana	30	29,1
6x por semana	11	10,7
7x por semana	02	1,9
Total	103	100

A média de duração de 42 (40,8%) usuários das AAL foi de 30 minutos. Apenas 03 (2,9%) frequentadores ficavam em média 10 minutos se exercitando (tabela 19).

**Tabela 19.** Duração (minutos).

Duração	n	%
10 minutos	03	2,9
20 minutos	19	18,4
30 minutos	42	40,8
+30 minutos	39	37,9
Total	103	100

Foram entrevistados 103 usuários das AAL, contudo 38 (36,9%) utilizavam o espaço ao ar livre no turno da noite e apenas 28 (27,2%) frequentavam à tarde (tabela 20).

**Tabela 20.** Horário (turno).

Horário	n	%
Manhã	37	35,9
Tarde	28	27,2
Noite	38	36,9
Total	103	100

A AAL com maior número de entrevistados foi o Parque do Cocó, com 40 (38,9%) usuários. As AAL da Floresta Curió, da Praça da OAB e da Praça Portugal tiveram 09 (8,7%) usuários em cada (tabela 21).

**Tabela 21.** Local (AAL).

Local	n	%
Floresta Curió	09	8,7
Parque Bisão	10	9,7
Parque do Cocó	40	38,9
Praça da OAB	09	8,7
Praça das Flores	26	25,3
Praça Portugal	09	8,7
Total	103	100

➤ Tipos de equipamentos utilizados

O equipamento simulador de caminhada foi citado por 81 (78,6%) frequentadores das AAL na utilização desta máquina. O equipamento barras fixas de 3 alturas foi mencionado por 32 (31,1%) dos usuários.

O tempo de utilização das AAL para 35 (34%) usuários foi de 0 a 6 meses e 11 frequentadores relataram utilizar o espaço de 2 a 3 anos (tabela 22).

**Tabela 22.** Tempo de utilização.

Tempo de utilização	n	%
0 a 6 meses	35	34
6 a 12 meses	21	20,4
1 a 2 anos	24	23,3
2 a 3 anos	11	10,7
3 a 4 anos	12	11,6
Total	103	100

➤ Conhecimento sobre a funcionalidade de cada equipamento utilizado

Referente ao conhecimento sobre a funcionalidade dos equipamentos disponíveis nas AAL, 58 (56,3%) alegaram conhecer a função das máquinas. Porém, 45 (43,7%) informaram não saber sobre a funcionalidade delas.

Dentre os entrevistados, 80 (77,7%) não receberam orientações sobre o uso correto dos equipamentos e outros 20 (19,4%) já receberam alguma orientação de um profissional de educação física (tabela 23).

**Tabela 23.** Orientações recebidas.

Orientações recebidas	N	%
Profissional de educação física	20	19,4
Nenhuma orientação	80	77,7
Outros profissionais	03	2,9
Total	103	100

➤ Motivos que levou a utilização das AAL

Diversos são os motivos que levaram os usuários a praticar atividade física nas AAL. Entre eles, 41 (39,8%) pessoas mencionaram por motivos ligados à saúde. Outros 24 (23,3%) relataram que foi por as AAL serem perto de casa ou do trabalho e 22 (21,4%) praticantes mencionaram que os levaram a realizar atividade física neste espaço foram por ser ao ar livre e gratuito. Outras 16 (15,5%) pessoas mencionaram outros motivos.

➤ Objetivos de utilização das AAL

Todos os usuários mencionaram que o objetivo para utilizar as AAL foi ligado à melhoria da saúde em geral.

• **Repercussão da AAL no (a)**

➤ Saúde física

Mais disposição, perda de peso, menos dores articulares, aumento da força muscular são alguns relatos dos frequentadores das AAL na repercussão na saúde física.

➤ Saúde mental

Dos benefícios para a saúde mental, os usuários citaram com mais frequência que se sentiram menos estressados e mais calmos após utilizarem as AAL.

➤ Interação social/socialização

A maioria dos frequentadores das AAL disse ter feito amizades durante a prática dos exercícios físicos.

➤ Trabalho

Maior rendimento no trabalho e disposição física para exercer a função laboral são alguns relatos dos frequentadores das AAL.

➤ Bem estar geral

A melhoria da qualidade de vida, aumento do bem estar geral e sensação de felicidade foram mencionados pelos usuários das AAL.

- **IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física)**

Dos usuários das AAL que responderam ao IPAQ, 07 são irregularmente ativos e 89 são ativos fisicamente (tabela 24).

**Tabela 24. IPAQ.**

IPAQ	n	%
Sedentário	00	00
Irregularmente ativo	07	6,8
Ativo	89	86,4
Muito ativo	07	6,8
Total	103	100

## 6 DISCUSSÃO

A relevância deste estudo demonstra-se por investigar o perfil de uma amostra de usuários que utilizam os equipamentos das AAL implantadas pelo plano de saúde Unimed Ceará, na cidade de Fortaleza e por ainda encontrar poucos assuntos relacionados ao tema abordado realizado na capital cearense. Esse é o primeiro estudo a verificar o perfil de uma amostra dos usuários das AAL implementada pela Unimed Ceará.

Mediante dos resultados obtidos, foi buscado outros estudos que pudessem ser comparados e dessem sustentação a esse trabalho. Portanto, foi realizada uma revisão geral de literatura sobre o assunto abordado e uma revisão sistemática sobre as AAL que oferecem equipamentos para a prática de atividade física.

Um fator impeditivo para o cancelamento da coleta de dados foi o início da pandemia *de Corona Vírus Disease* (Covid-19), uma vez que o Governo do Estado do Ceará decretou situação de emergência em saúde no âmbito estadual, dispondo sobre um conjunto de medidas para enfrentamento e contenção da infecção humana provocada pelo novo corona vírus. Isso fez com que a coleta de dados fosse encerrada antes do prazo previsto.

Os achados dos dados sociodemográficos desta pesquisa apontam que a maior parte dos usuários das AAL investigadas é composta por mulheres. Outros estudos realizados por Nardi (2013), Pires et al., (2019) e Pinheiro e Coelho Filho (2017), apresentaram resultados parecidos em seus trabalhos. A taxa de recusa dos indivíduos abordados foi de 0%.

Apesar de vários estudos sobre o perfil de usuários das AAL direcionarem somente para pessoas idosas, este trabalho restringiu somente a idade mínima a 18 anos, porém sem idade limite superior. Dos 103 entrevistados, dois terços foram classificados como adultos com média de idade perto dos 50 anos e um terço dos usuários foi considerado indivíduos idosos. Provavelmente, a maior prevalência da amostra por indivíduos adultos, deva-se a variedade dos equipamentos instalados tentando abranger usuários de todas as faixas etárias. Estudo realizado por Souza *et al* (2014), com frequentadores de AAL na cidade de Curitiba - PR, também tem se achado similaridades entre a maioria dos participantes classificados como adultos.

A cor/raça mais prevalente neste estudo foi de pessoas pardas. De acordo com o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a população de Fortaleza também é composta, na sua maioria, por indivíduos de cor parda (57,8%) (IBGE, 2011).

Foi observado que, dos 103 entrevistados, 76 (73,8%) usuários não possuíam renda ou recebiam até 3 salários-mínimos. Destes, 63 (82,9%) deles possuíam nível de escolaridade até

o ensino médio, 38 (50%) frequentadores tinham como ocupação a profissão de empregada doméstica, aposentado(a) ou não exercia trabalho remunerado e 53 (69,7%) pessoas relataram não ter plano de saúde. De acordo com a ANS (2020), até julho de 2020 apenas 24% da população brasileira possuía plano de saúde no Brasil. Estudos como os de Pires et al., (2019), Souza et al., (2014), Nardi (2012) e Salin (2013) ratificam os achados desta pesquisa onde perceberam uma menor renda e escolaridade por parte dos frequentadores das AAL. Provavelmente, um dos fatores para este perfil socioeconômico seja pelo fato deste estudo ser realizado em AAL, local aberto ao público, gratuito e de fácil acesso.

Mais de dois terços dos frequentadores das AAL é natural da capital, provavelmente por este estudo ter sido aplicado em Fortaleza. A procedência dos usuários ficou bastante dividida, sendo um pouco mais da metade dos usuários advindos do interior. Como os achados desta pesquisa indicam que a maioria dos praticantes tenham uma renda inferior a 3 salários-mínimos, possivelmente estas pessoas tenham vindo para a capital para obter uma vida melhor que no interior.

Sobre as condições de moradia, o resultado desta pesquisa é semelhante ao estudo da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do IBGE (2016), mostrando que mais de dois terços da população brasileira possui moradia própria.

Mais da metade dos entrevistados das AAL eram casados ou que viviam com companheiro. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Iepsen e Silva (2015) que investigaram indivíduos frequentadores das AAL da cidade de Pelotas - RS.

Em relação aos aspectos sanitários, quatro a cada dez entrevistados relataram ter algum problema de saúde. Os agravos à saúde mais citados pelos usuários foram hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Salin (2013), que investigou idosos frequentadores das AAL da cidade de Joinville, em Santa Catarina. De acordo com o MS (Brasil, 2020b), a pesquisa Vigitel de 2019 mostrou que o número de doenças crônicas não transmissíveis tem aumentado nos últimos anos, principalmente a diabetes, hipertensão e obesidade. De acordo com as 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) e com as Diretrizes de 2019-2020 da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019), indicam que associada a dieta alimentar, a atividade física pode ser benéfica para controlar a pressão arterial e a diabetes *mellitus*, além de outras DCNT.

As DCNT como a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus* se repetiram no histórico familiar entre as doenças mais citadas. Realmente, estas doenças citadas são umas das mais prevalentes na população brasileira.

A maioria dos praticantes relatou, de forma geral, que saúde está relacionada ao bem-estar físico e emocional advindos de hábitos saudáveis. Possivelmente, os usuários por estarem em uma média de faixa etária mais madura estejam preocupados mais em promover a sua saúde. O conceito de doença foi relatado pelos participantes como o oposto de saúde, algo ligado a algum tipo de incapacidade física.

No presente estudo, o percentual de participantes com excesso de peso, ou seja, com IMC acima de  $25\text{kg/m}^2$ , foi de 66,1%. Achados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Mathias et al., (2019) em AAL no município de Paranaguá - PR, onde a maioria (54,7%) foi classificado como estando acima do peso. Outros estudos como o de Pires et al., (2019) e de Salin (2013) também foram encontrados resultados parecidos. Esse dado merece atenção, pois o excesso de peso corporal caracteriza-se como um fator de risco para diversas doenças, independente de faixa etária.

Segundo o *International Stress Management Association* (2013), 30% dos brasileiros economicamente ativos são acometidos pelo estresse, sendo o segundo país do mundo com maior número de pessoas estressadas. No presente estudo, quase um terço dos entrevistados afirmaram não conseguir controlar o estresse. De La Fuente et al., (2011), defendem os benefícios de intervenções ambientais como o aumento da atividade física na diminuição do estresse, principalmente em pessoas idosos.

O consumo de bebidas alcoólicas foi relatado por quase metade dos entrevistados nesta pesquisa. Proporção bem superior encontrada no estudo do Vigitel 2019 (Brasil, 2020), onde 17,6% da população adulta da cidade de Fortaleza consomem quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião. Devido ao seu impacto psicossocial e por ser considerado fator de risco para hipertensão, doenças cardíacas, doenças hepáticas e diversos tipos de câncer, entre outras doenças (*CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION*, 2020), observa-se a necessidade de intervenção com ações de educação em saúde com os usuários que utilizam os equipamentos das AAL.

A caminhada foi a modalidade praticada mais comum entre a maioria dos entrevistados das AAL. Provavelmente, isso se deve devido à localização das AAL onde foram construídas, serem adequadas e propícias à prática desse tipo de atividade. Mesmo achado foi observado em

estudos de Pires (2019), de Pinheiro e Coelho Filho (2017) e pelo MS através da pesquisa realizada pelo VIGITEL em 2017, afirmando que a caminhada é a atividade física mais praticada entre os brasileiros. Possivelmente, esse achado seja por essa modalidade ser universal, de fácil realização e acessível a todos, independente do perfil socioeconômico.

Ao serem perguntados sobre a frequência e a duração da prática de atividade física no tempo livre, a maioria dos usuários cumpriu com a frequência mínima recomendada de exercícios e todos cumpriram o tempo mínimo de 30 minutos preconizado pelo ACSM, AHA e OMS. Entretanto, cerca de 27,5% da população mundial não cumprem o mínimo indicado de atividade física para obter benefícios à saúde, de acordo com a publicação Guthold e pesquisadores (2018). Vale ressaltar que esse percentual varia muito de acordo com a renda de cada país. Esse número é muito preocupante, pois a inatividade física é um importante fator de risco para DCNT e tem um efeito negativo na saúde mental e na qualidade de vida.

Em relação ao horário de prática da atividade física, a maior parte dos frequentadores das AAL relatou realizar atividades físicas no período matutino. Entretanto, nesta pesquisa houve um maior número de entrevistas no período da manhã. Foi observado que a maioria dos usuários realizava atividades físicas complementares nas praças onde as AAL se encontravam ou no seu entorno, otimizando o tempo.

Em relação às orientações recebidas, mais da metade dos entrevistados disseram que realizam atividade física por conta própria. Apesar de grande parte dos usuários praticarem caminhada como atividade principal dentro de suas rotinas, a orientação de um profissional de educação física é fundamental para potencializar os ganhos à saúde e evitar lesões.

As AAL implantadas pela Unimed Ceará têm sido um espaço de promoção de saúde, de socialização e de incentivo à atividade física, onde as pessoas podem se exercitar de forma gratuita e ao ar livre. A Política Nacional de Promoção da Saúde estimula à adoção de práticas corporais/atividade física incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos e ambientes saudáveis.

Em relação à frequência semanal de utilização das AAL, um pouco menos da metade dos usuários relataram utilizar os equipamentos 5 ou mais dias por semana. Estudo realizado por Costa e colaboradores (2016) em AAL de Florianópolis - SC, encontraram resultados idênticos em relação à frequência semana. As AAL, por conterem máquinas para desenvolvimento, não só da saúde cardiovascular e funcional, mas também para melhora da força muscular (módulo *fitness*/ginástica), a maioria dos praticantes deste estudo consegue

alcançar as recomendações dos dias de atividade física para manutenção ou aumento da massa muscular.

Nesta pesquisa, 8 a cada 10 usuários informaram que se exercitavam 30 ou mais minutos nas AAL, por sessão, diariamente. Ao contrário, Trindade (2015) e Iepsen e Silva (2015) observaram em seus estudos que a maioria dos frequentadores permaneciam nas AAL por até 30 minutos por dia, aproximadamente, praticando atividade física.

A cidade de Fortaleza, por apresentar um clima quente e com temperatura média de 31°, as pessoas têm preferência por se exercitarem muito cedo pela manhã ou a partir do fim do dia quando o clima fica mais ameno. Nem todas as AAL têm sombras ou são cobertas por árvores, portanto a maior parte das entrevistas foi realizada no período da tarde. O turno da noite foi o período que teve menos entrevistas, pois os pesquisadores ficaram receosos em aplicar os questionários devido a sensação de insegurança das praças com o anoitecer. Entretanto, foi visto que as AAL que ficavam sob a guarda do sol por pelo menos a maior parte do dia eram as mais frequentadas durante todo o dia.

Pouco mais da metade das entrevistas foram realizadas em duas academias: Parque do Cocó e Praça das Flores. Devido à pandemia não foi possível realizar mais entrevistas em outras academias. Entretanto, tem sido observado que as academias mencionadas acima são as que possuem um maior número de frequentadores.

Conforme citado anteriormente, as AAL da Unimed Ceará foram desenvolvidas através de um modelo inovador. Possuem, em média, 22 equipamentos, distribuídas em 3 módulos para destacar o tipo de exercício que o usuário realizará. Desta forma, o usuário consegue visualizar qual a funcionalidade do exercício está sendo realizado. O módulo mais citado pelo uso dos frequentadores das AAL foi o Espaço *Fitness/Ginástica* onde os equipamentos foram projetados para o trabalho de fortalecimento muscular.

O Espaço Cárdio, mencionado como sendo o segundo módulo mais utilizado, contém máquinas voltadas para a melhora do sistema cardiorrespiratório. Este módulo engloba os equipamentos simulador de caminhada e o simulador de esqui. O Espaço Funcional estimula o desenvolvimento de valências físicas como a coordenação motora, agilidade e equilíbrio.

Equipamentos como escada de agilidade e trave de equilíbrio. Este módulo ainda possui um equipamento inovador para as AAL chamado de banco de flexibilidade que foi adaptado do original banco de *Wells*, cujo objetivo é mensurar a flexibilidade da cadeia posterior de membros inferiores.

No que diz respeito à utilização dos equipamentos das academias desse estudo, verificou-se que quase metade dos entrevistados, fazia o uso deles até um ano. Outras investigações, como as de Souza et al., (2014) e de Iepsen e Silva (2015), corroboram com os achados desta pesquisa. Vale ressaltar que as AAL implantadas pela Unimed Ceará têm no mínimo 4 anos de existência, exceto a AAL da Floresta do Curió que tem um pouco menos de 3 anos.

Ao serem perguntados sobre o conhecimento acerca do funcionamento dos equipamentos, um pouco menos da metade dos entrevistados responderam não saber utilizar as máquinas de forma adequada. No estudo de Nardi (2013) realizado com idosos, foi visto que aqueles que receberam orientações tiveram 2,38 vezes mais adesões em relação aqueles que não foram orientados. Em um estudo realizado sobre os fatores associados à ocorrência de lesões durante a prática de atividade física em AAL, na cidade de Curitiba - PR, somente 3,4% dos entrevistados relataram ter se lesionado durante os exercícios nas academias (SILVA et al., 2016). Entretanto, as variáveis testadas não apresentaram associação com o desfecho. Apesar dos equipamentos serem de fácil execução e utilizar o peso do próprio corpo, exercícios executados de forma incorreta podem acarretar lesões ósseas e musculares.

As AAL não contam com orientação profissional, apenas com 3 totens explicativos em cada espaço/módulo informando qual grupamento muscular é trabalhado em cada equipamento. No presente estudo, foi observado baixa proporção de usuários que relataram ter recebido instruções sobre a utilização das AAL. Tem sido visto em outros estudos como os de Costa et al., (2016) e de Pires et al., (2019) que esses espaços carecem de um profissional habilitado, inclusive já foi pauta para questionamento na revista do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), comentando que a presença deste profissional ainda seja artigo de luxo. A presença de uma profissional de educação física é de fundamental importância para orientar os praticantes sobre o uso correto dos equipamentos em relação à execução, ao volume e intensidade de cada exercício, evitando possíveis lesões e o mau uso das máquinas.

De acordo com os dados do presente estudo, os motivos mais relatados pelos usuários das AAL foram a manutenção e melhoria da saúde. Estudo realizado por Mathias et al., (2018) afirmam que os principais motivos estão ligados ao lazer e à saúde. Em pesquisa realizada por Salin (2013), 84,5% dos idosos informaram que o motivo para frequentar as AAL de Joinville, em Santa Catarina, é para melhorar ou manter a saúde. As academias, por serem em praças públicas, gratuitas e ao ar livre, também demonstraram fortes motivos para os usuários ingressarem e permanecerem por mais tempo nestas atividades.

Todos os usuários das relataram que o objetivo de realizarem atividade física nas AAL está ligado à melhora da saúde como emagrecer ou manter o peso, aumentar a massa muscular, manter-se saudável, melhorar a qualidade de vida, entre outros. Os mesmos objetivos foram mencionados por usuários das AAL de Paranaguá - PR através do estudo de Mathias et al., (2018).

Quando os entrevistadores perguntaram aos usuários sobre qual a repercussão das AAL na sua saúde física, na saúde mental, na socialização, no trabalho e no bem estar, de forma geral, a grande maioria informaram que tiveram aumento na disposição, perda de peso, sentiram menos dores articulares, sentiram-se menos estressada e mais calmos, fizeram muitas amizades, tiveram mais disposição e rendimento no trabalho e melhoria da qualidade de vida.

No estudo de Pinheiro e Coelho Filho (2017), os idosos investigados também relataram a melhora da saúde em decorrência da utilização dos equipamentos das AAL. De Paulo et al., (2012), afirmam que os frequentadores das AAL de Uberaba - MG relataram sentirem-se mais felizes e mais dispostos para realizarem as atividades da vida diária.

Outro ponto importante referente às academias é em relação à manutenção apropriada e periódica dos equipamentos, para que possa garantir a continuidade da prática das atividades físicas pelos usuários, bem como incentivar a adesão por parte de outras pessoas, garantindo a segurança e o uso correto dos equipamentos. O que foi observado durante a coleta de dados e em outros estudos é que as AAL sofrem com a ação de vandalismo como quebra e roubo de equipamentos e mau uso por parte dos usuários.

Na análise sobre o nível de atividade física, entre os participantes dos estudos de Mathias *et al* (2018), de Iepsen e Silva (2015), de Kruchelski et al., (2011) e de Silva et al., (2018), a maioria foi considerada suficientemente ativa, corroborando com os resultados encontrados nesta pesquisa, em que mais de 80% dos usuários foi classificado como fisicamente ativo. O IPAQ, instrumento que mede o nível de atividade física da população, foi desenvolvido com o objetivo de estimar o nível de prática habitual de atividade física de diversas populações. De acordo com o Vigitel (2020), o indivíduo tende a ser insuficientemente inativo quanto maior o avançar da idade e menor o nível de escolaridade.

## 7 CONCLUSÃO

Baseados nos dados citados da atual pesquisa, podemos caracterizar o perfil dos usuários das AAL implantadas pela Unimed Ceará como sendo, em sua maioria, do sexo feminino, com média de idade de 47 anos, de cor da pele parda, aposentados, sem plano de saúde privado, procedentes do interior do estado e naturais da capital, casados ou vivendo com companheiro, com até o ensino médio completo, em sua maioria com moradia própria e com renda mensal de até 3 salários-mínimos. Resultado que é relevante, no tocante, as AAL serem uma opção de custo-benefício para a população que frequenta o espaço.

Sobre os aspectos sanitários, a maioria dos usuários era ativo fisicamente, tem excesso de peso, não possui doenças, porém os que possuem algum tipo de doença são hipertensos ou diabéticos, possui histórico familiar também de hipertensão arterial e diabetes, conceitua saúde como algo ligado ao bem-estar físico e emocional e a palavra doença como incapacidade física. A maioria dos frequentadores gerencia o seu estresse e abstém da ingestão de álcool.

Referente à atividade física no tempo livre a maioria faz caminhada e cumprem as mínimas recomendações de atividade física exigidas pelos órgãos competentes, se exercitam no período da manhã, em praças ou locais próximos as AAL e a maioria praticam os exercícios habituais por conta própria.

Em relação à utilização das AAL, a maioria frequenta as AAL há um ano para manter ou melhorar a saúde, frequenta de 1 a 4 vezes por semana no turno da manhã, a maioria na AAL do Parque do Cocó, se exercitam por no mínimo 30 minutos por sessão diária, utilizam mais os equipamentos voltados para o fortalecimento muscular, a maioria tem conhecimento sobre o funcionamento dos equipamentos, muito embora seja empírico e não receberam alguma orientação profissional.

Os usuários quase em sua totalidade tiveram repercussões positivas física, mental, na interação social, no trabalho e no bem-estar geral mostrando que os exercícios físicos nas AAL têm um grande impacto na saúde dos frequentadores.

Vale ressaltar, a importância do fortalecimento das ações de promoção da saúde e de responsabilidade social da Unimed Ceará perante a sociedade, coadunando com um dos princípios do cooperativismo que é a aproximação com a comunidade.

As evidências encontradas neste estudo mostram características em relação as AAL que podem influenciar à prática de atividade física no lazer, impactando positivamente a saúde

dos seus usuários. Esses resultados também podem direcionar as políticas públicas no sentido de incentivar maior uso dessas academias e como sendo uma estratégia de promoção da saúde. Deste modo, os dados apresentados nesta pesquisa são relevantes não só para conhecermos os impactos da promoção da saúde, assim como a sugestão de mais estudos e ações de políticas públicas e privadas.

## 8 REFERÊNCIAS

ABETE, I. et. al. Obesity and metabolic syndrome: potential benefit from specific nutritional components. **Nutr Metab Cardiovasc Dis**, v. 21, n. 15, 2011.

ANS. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**. Disponível em: <<https://www.ans.gov.br>. Acesso em: 03 dez. 2018.

ANS. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**. **Saúde suplementar fecha com 47 milhões de beneficiários de planos de saúde**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/5348-saude-suplementar-fecha-2019-com-47-milhoes-de-beneficiarios-de-planos-de-saude>. Acesso em: 10 ago. 2020.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). The National Physical Activity Plan: A Call to Action from the American Heart Association. **Circulation**, v. 131, p. 1932-1940, 2015.

\_\_\_\_\_. Sedentary Behavior and Cardiovascular Morbidity and Mortality. **Circulation**, vol. 134, n. 13 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Physical Activity**, Dallas, maio, 2018. Disponível em: <<https://www.heart.org/en/get-involved/advocate/federal-priorities/physical-activity>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE POSITION STAND AND AMERICAN HEART ASSOCIATION. Recommendations for cardiovascular screening, staffing, and emergency policies at health/fitness facilities. **Med Sci Sport Exer**, v. 30, n. 6, p.1009-1018, 1998.

ARAÚJO, D. S. M. S.; ARAÚJO, C. G. S. **Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos**. Rev. Bras. Med. Esporte, Niterói, v. 6, n. 5, p. 194-203, set./out. 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050, de 31 de maio de 2004**. Estabelece critérios sobre acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Disponível em: <[www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield\\_generico\\_imagens-filefield-description%5D\\_24.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_24.pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2018.

BAUMAN, A. E. et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? **Rev. The Lancet**, v. 380, ed. 9838, p. 258-271, 2012.

BEDIMO-RUNG, A. L. et al. The significance of parks to physical activity and public health. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 28, p. 159-168, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Promoção da Saúde. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. 2 ed. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cartilha Academia da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2018**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Academia da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diabetes, hipertensão e obesidade avançam entre brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46792-diabetes-hipertensao-e-obesidade-avancam-entre-os-brasileiros>  
2#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20tra%C3%A7ou,20%2C%25%20est%C3%A3o%20obesos. Acesso em: 23 de ago. de 2020.

CARTA DE OTTAWA. In: **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá; 1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: 03 dez. 2018.

CASPERSEN, C. J. et al. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, Boston, v. 100, n. 2, p. 126-131, mar./apr. 1985.

CATRIB, A. M. F. et al. **Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família**. Saberes Editora, Campinas, 2011.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. **Esporte. Instalação de cem academias ao ar livre pelo Ceará é autorizada pelo governador Camilo Santana em evento no Corpo de Bombeiros**. Fortaleza, maio de 2018. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2018/05/11/instalacao-de-cem-academias-ao-ar-livre-pelo-ceara-e-autorizada-pelo-governador-camilo-santana-em-evento-no-corpo-de-bombeiros/>. Acesso em: 15 nov. 2018.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Alcohol Use and Your Health**. Atlanta, set., 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/alcohol-use.htm>. Acesso em: 03 set. 2020.

CHOW, H. W. et al. Who is Using Outdoor Fitness Equipment and How? The Case of Xihu Park. **International Journal of Environmental Research and Public Health** v. 14, n. 4, 2017.

COSTA, B. G. G. et al. Atividade física e uso de equipamentos entre usuários de duas academias ao ar livre. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 01, abr/maio, p. 29 – 38, 2016.

COON, J. T. et al. Does Participating in Physical Activity in Outdoor Natural Environments Have a Greater Effect on Physical and Mental Wellbeing than Physical Activity Indoors? A Systematic Review. **Rev Environ Sci Technol**, United Kingdom, v. 45, p. 1761-1772, 2011.

DE LA FUENTE, M. et al. Strategies to Improve the Functions and Redox State of the Immune System in Aged Subjects. **Current Pharmaceutical Design**, v.17, n. 36, 2011.

DE PAULO, T. R. S. et al. Programa Academia da Terceira Idade no município de Uberaba. **Arquivo de Ciências do Esporte**, Uberaba, v. 1, n.1, p. 54-59, 2012.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (United States). **Physical Activity Guidelines for Americans 2008**. U.S. Department of Health and Human Services, Washington, 2008. Disponível em: <https://health.gov/paguidelines/2008/chapter5.aspx>. Acesso em: 30 nov. 2018.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: A Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012.

EKELUND, U. et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. **The Lancet**, v. 388, n. 10051, set. 2016.

FERNANDES JÚNIOR, P. L.; LINS, N. C. L. **Estado nutricional e nível de atividade física dos frequentadores do Programa Academia da Saúde de um município de grande porte do nordeste brasileiro**. III Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, João Pessoa, 2018.

FERRAZ, S. T. **Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000**. Brasília: Paralelo 15, 1999.

GUTHOLD, R. et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. **The Lancet**, v. 6, n. 10, oct, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Demográfico de 2010**. Características da População e dos Domicílios. Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2011.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD)**. Notas Técnicas. Rio de Janeiro, 4ª edição, 2019.

INTERNATIONAL STRESS MANAGEMENT ASSOCIATION. **Burnout: 30% sofrem do tipo de estresse mais devastador**. 2013. Disponível em: <http://www.ismabrasil.com.br/artigo/burnout-y-30-sofrem-do-tipo-de-estresse-mais-devastador> >. Acesso em: 02 set. 2020.

IEPSEN, A. M.; SILVA, M. C. Perfil dos frequentadores das academias ao ar livre da cidade de Pelotas – RS. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. Pelotas/RS, v. 20, n. 4, p. 413-424, jul., 2015. KRUCHELSKI, S. et al. Utilização do ambiente construído: academias ao ar livre em Curitiba. **Rev. Gestão Pública em Curitiba**. Revista Gestão Pública em Curitiba. São Paulo, v. 2, p. 67-80, 2011.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, Dec. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222014000400599&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400599&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 nov. 2018.

MATHIAS, N. G. et al. Motivos para a prática de atividades físicas em uma academia ao ar livre de Paranaguá-PR. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.41, n. 2, abr./jun., p. 222-228, 2019.

MATSUDO, S. M. M. *et al.* Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev Bras Ativ Saude**, v. 10, p. 5-18, 2001.

MATSUDO, S. M. M. et al. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol. 7, n. 1, jan./fev. 2001.

MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO, V. K. R. **Atividade física e obesidade: Prevenção e Tratamento**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2007.

NARDI, A. C. F. **A utilização das academias da terceira idade na promoção da saúde em Maringá – PR**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

O'DONOVAN, G. et al. Association of Leisure Time Physical Activity with Risk for Mortality. **Jama International Medicine**, v. 177, n. 3, 2017.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Carta de Otawa**, 2015. Disponível em: <https://www.opas.org.br/carta-de-ottawa/>. Acesso em: 15 nov. 2018.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde no século XXI: IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Genebra, 1997.

\_\_\_\_\_. **Declaração do México sobre promoção da saúde rumo a maior equidade: V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** Genebra, 2000.

PALÁCIOS, A. R. O. P. et al. Academia da Terceira Idade (ATI). *In: I Seminário Sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde, Brasília, Anais.* p. 98-99, 2009.

PINHEIRO, W. L.; COELHO FILHO, J. M. Perfil dos usuários das academias ao ar livre para a terceira idade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 93-101, jan./mar., 2017.

PIRES, G. P. et al. O que diz o perfil dos frequentadores das academias ao ar livre de Boa Vista-RR sobre a relação lazer, saúde e qualidade de vida. **Revista Brasileira sobre Estudos do Lazer.** Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 72-95, maio/ago. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal do Esporte, Lazer e Juventude. **Academia ao ar livre.** Curitiba, 21 ago. 2019. Disponível: <https://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/academia-ao-ar-livre/144>. Acesso em: 22 ago. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Prefeitura de Fortaleza realiza manutenção das academias de ginástica ao ar livre.** Fortaleza, 18 set. de 2018. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeitura-de-fortaleza-realiza-manutencao-das-academias-de-ginastica-ao-ar-livre+%cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 22 ago. 2020.

POLISSENI, M. L. C.; RIBEIRO, L. C. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. **Rev Bras Med Esporte,** São Paulo, v. 20, n. 5, p. 340-344, 2014.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SÁ, G. B. A. R., et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva,** v. 21, n. 6, pag. 1849 – 1859, 2016.

SALIN, M. S. **Espaços públicos para a prática de atividade física: o caso das academias da melhor idade de Joinville – SC.** 28/02/2013. 114f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, 2013.

SHEPHARD, J. R. Physical Activity and Prostate Cancer: An Updated Review. **Rev. Sports Medicine,** v. 47, pag. 1055 – 1073, jun. 2017.

SILVA, A. T. da. et al. Fatores associados à ocorrência de lesões durante a prática de atividade física em academias ao ar livre. **Rev. Bras. Med. Esporte,** São Paulo, v. 22, n. 4, jul./ago., 2016.

SILVA, A. T. da. et al. Distância até as academias ao ar livre, uso das estruturas e atividade física em adultos. **Rev. Bras. Med. Esporte,** São Paulo, v. 24, n. 2, mar./abr., 2018.

SILVA, D. A. S. et al. Mortality and years of life lost due to breast cancer attributable to physical inactivity in the Brazilian female population (1990-2015). **Rev. Scientific Reports**, vol. 8, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 107, nº 3, set., 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo, Ed. Clannad, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo, Ed. Clannad, 2019.

SOUZA, C. A. et al. Perfil dos frequentadores e padrão de uso das academias ao ar livre em bairros de baixa e alta renda de Curitiba-PR. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Pelotas/RS, v. 19, n. 1, p. 86-97, jan., 2014.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004.

TRINDADE, C. S. **Academia ao ar livre e a percepção de qualidade de vida de idosos**. 135 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

SALIN, M. S. **Espaços públicos para a prática de atividade física: o caso das academias da melhor idade de Joinville – SC**. 114f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, 2013.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

UNIMED CEARÁ. Federação das Unimeds do Estado do Ceará. **Rev. Unimed Ceará**, ed. 20, jul-ago-set, 2016.

UNIMED CEARÁ. **Federação das Unimeds do Estado do Ceará**. Disponível em: <<http://www.unimedceara.com.br>>. Acesso em: 01 dez. 2018a.

UNIMED CEARÁ. Federação das Unimeds do Estado do Ceará. **Revista Jornal do Médico**, ano XIV, n. 98, mai-jun, 2018b. Disponível em: <<https://jornaldomedico.med.br/jornaldomedico/prints/64#&gid=1&pid=1>>. Acesso em: 02 dez. 2018b.

UNIMED DO BRASIL. **Academias ao Ar Livre – Projeto Nacional**. Disponível em: <<http://www.unimed.coop.br>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Geneva: World Health Organization, 1986. Disponível em: <<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 04 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: World Health Organization, 2009.

\_\_\_\_\_. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: World Health Organization, 2014.

\_\_\_\_\_. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014.

\_\_\_\_\_. **Global Action Plan on Physical Activity**. Lisboa, jun. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/news-room/detail/04-06-2018-who-launches-global-action-plan-on-physical-activity>>. Acesso em: 29 out. 2018.

## APENDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DA PESQUISA:

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS ACADEMIAS AO AR LIVRE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE USUÁRIOS NA CIDADE DE FORTALEZA-CEARÁ**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Pedro Osvado Ferreira Júnior

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que irá avaliar o impacto das academias ao ar livre na promoção da saúde de seus usuários. O objetivo é posteriormente torná-la disponível para avaliação dos usuários frequentadores das Academias ao Ar Livre da Unimed Ceará.

**1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:** Ao participar desta pesquisa você deverá ler o guia de instruções que acompanha a tecnologia e após avaliá-la, responder ao questionário. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado as avaliações, sem nenhum prejuízo para você.

**2. RISCOS E DESCONFORTOS:** Os usuários sofrerão risco de constrangimento e tomada de tempo ao responder à entrevista. Para minimizar os riscos, proporcionaremos ambiente acolhedor onde ele possa responder reservadamente questões de cunho pessoal. Tentaremos conscientizá-los acerca da importância da prática regular do exercício físico na promoção da sua saúde e do seu bem-estar.

**3. BENEFÍCIOS:** Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de desenvolver atividades para promover a saúde dos usuários que frequentam as Academias ao Ar Livre.

**4. FORMAS DE ASSISTÊNCIA:** Se você precisar de alguma orientação por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que necessite de orientação, você será encaminhado por **Pedro Osvado Ferreira Júnior**.  
**Telefone para contato: (85) 3453.7769.**

**5. CONFIDENCIALIDADE:** Todas as informações que o(a) Sr.(a) fornecer a nós, serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum do questionário nem quando os resultados forem apresentados.

**6. ESCLARECIMENTOS:** Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Pedro Osvaldo Ferreira Júnior

Endereço: Av. Washington Soares,1321, Edson Queiroz Fortaleza - CE.

Telefone para contato:(85) 3477-3280

Horário de atendimento: segunda, quarta e sexta-feira às de 14 às 18h.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, Ce.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, COÉTICA.

Universidade de Fortaleza.

Av. Washington Soares, 1321, Bloco da Reitoria, Sala da Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 1º andar. Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-341.

Telefone (85) 3477-3122, Fortaleza, Ce.

**7. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS:** Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

**8. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO:** Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma via deste Termo e a outra ficará com o pesquisador.

O **participante de pesquisa** ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O **pesquisador responsável** deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pondo sua assinatura na última página do referido Termo.

### **9. CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza - CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do participante ou Representante Legal

---

Assinatura do pesquisador

## APÊNDICE B

### ENTREVISTA

#### I – Dados sociodemográficos

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
3. Cor: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra
4. Religião: ( ) Católica ( ) Protestante ( ) Outra \_\_\_\_\_
5. Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_
6. Plano de saúde: ( ) \_\_\_\_\_
7. Procedência: ( ) Capital ( ) Interior
8. Naturalidade: ( ) Capital ( ) Interior
9. Estado civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) separado ( ) viúvo ( ) outro \_\_\_\_\_
10. Escolaridade: ( ) analfabeto ( ) alfabetizado ( ) ensino fund. incompleto  
( ) ensino fund. completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo
11. Condições de moradia: ( ) alugada ( ) própria ( ) outro \_\_\_\_\_
12. Renda mensal (em salários-mínimos): \_\_\_\_\_
13. Com quem mora: ( ) filhos ( ) cônjuge ( ) outros \_\_\_\_\_

#### II – Sanitários

4. Problemas de saúde: DM ( ) HAS ( ) Outros \_\_\_\_\_
5. História familiar de: DM ( ) HAS ( ) Outros \_\_\_\_\_
6. Conceito de saúde: \_\_\_\_\_
7. Conceito de doença: \_\_\_\_\_
8. Antropometria: Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

#### III – Estilo de vida (hábitos saudáveis)

1. Uso adequado de sal ( ) Sim ( ) Não 8 Exercício físico regular ( ) Sim ( ) Não
2. Uso de gordura vegetal ( ) Sim ( ) Não 9 Uso de adoçantes dietéticos ( ) Sim ( ) Não
3. Abstenção do álcool ( ) Sim ( ) Não 10 Predomínio de vegetais: ( ) Sim ( ) Não
4. Abstenção do tabaco ( ) Sim ( ) Não 11 Predomínio de carnes brancas ( ) Sim ( ) Não
5. Gerenciamento do estresse ( ) Sim ( ) Não
6. Ingesta adequada de café (até 100ml/dia) ( ) Sim ( ) Não

7. Uso de drogas ilícitas: Sim ( ) Não ( ) Quais \_\_\_\_\_

#### **IV – Prática do exercício físico**

1. Tipo/Modalidade:

Caminhada ( ) Natação ( ) Ciclismo ( ) Corrida ( ) Hidroginástica ( ) Musculação ( )

Pilates ( ) Outros \_\_\_\_\_

2 Frequência (semana): \_\_\_\_\_

3 Duração: 30' ( ) 40' ( ) 60' ( )

4 Horário: Manhã ( ) Tarde ( ) Noite ( )

5 Local (s) \_\_\_\_\_

6 Orientações recebidas: Profissional de Educação Física ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_

Quais \_\_\_\_\_

#### **V – Utilização das AAL**

1) Frequência (Número de vezes por semana): \_\_\_\_\_

2) Duração (minutos) \_\_\_\_\_

3) Horário: Manhã ( ) Tarde ( ) Noite ( )

4) Local (AAL) \_\_\_\_\_

5) Tipos de equipamentos utilizados:

Simulador de caminhada ( ), Simulador de esqui ( ), Simulador de *surf* ( ), Simulador de cavalgada ( ), Simulador de remada ( ), *Leg press* ( ), Barra flexão de cotovelo ( ), Bicicleta de mão ( ), Escada de agilidade ( ), Banco de agachamento ( ), Banco de *Wells* ( ), Trave de equilíbrio ( ), Espaldar ( ), Barras fixas de três alturas ( ), Banco abdominal ( ).

6) Tempo de utilização da AAL (dias, semanas, meses, anos): \_\_\_\_\_

7) Conhecimento sobre a funcionalidade de cada equipamento utilizado:

Sim ( ) Não ( ) Justificativa \_\_\_\_\_

8) Orientações recebidas:

Profissional de Educação Física ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_

9) Motivo(s) que levou a utilização da AAL: \_\_\_\_\_

10) Objetivos de utilização da AAL: \_\_\_\_\_

#### **VI –Repercussão da AAL no (a):**

1) Saúde física \_\_\_\_\_

2) Saúde mental \_\_\_\_\_

3) Interação social/Socialização \_\_\_\_\_

4) Trabalho \_\_\_\_\_

5) Bem-estar geral \_\_\_\_\_

## ANEXO A

### ***International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).*** **(Questionário Internacional de Atividade Física – versão curta)**

Para responder as questões lembre-se que:

- atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.
- atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias \_\_\_\_\_ por SEMANA ( ) Nenhum

1b. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

dias \_\_\_\_\_ por SEMANA ( ) Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

dias \_\_\_\_\_ por SEMANA ( ) Nenhum

3b. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando-se durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

## ANEXO B

### CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA IPAQ

**1. MUITO ATIVO:** aquele que cumpriu as recomendações de:

- a) VIGOROSA:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 30$  minutos por sessão
- b) VIGOROSA:  $\geq 3$  dias/sem e  $\geq 20$  minutos por sessão + MODERADA e/ou CAMINHADA:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 30$  minutos por sessão.

**2. ATIVO:** aquele que cumpriu as recomendações de:

- a) VIGOROSA:  $\geq 3$  dias/sem e  $\geq 20$  minutos por sessão; ou
- b) MODERADA ou CAMINHADA:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 30$  minutos por sessão; ou
- c) Qualquer atividade somada:  $\geq 5$  dias/sem e  $\geq 150$  minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).

**IRREGULARMENTE ATIVO:** aquele que realiza atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo, pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). Este grupo foi dividido em dois subgrupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação:

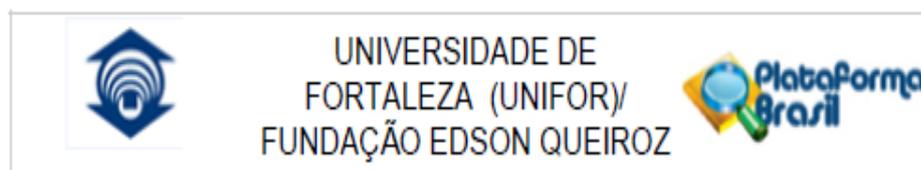
**IRREGULARMENTE ATIVO A:** aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade:

- a) Frequência: 5 dias /semana ou
- b) Duração: 150 min / semana

**IRREGULARMENTE ATIVO B:** aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.

**4. SEDENTÁRIO:** aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

**ANEXO C**  
**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS ACADEMIAS AO AR LIVRE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

**Pesquisador:** PEDRO OSVALDO FERREIRA JUNIOR

**Versão:** 2

**CAAE:** 26278719.0.0000.5052

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

**DADOS DO COMPROVANTE**

**Número do Comprovante:** 158820/2019

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS ACADEMIAS AO AR LIVRE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE que tem como pesquisador responsável PEDRO OSVALDO FERREIRA JUNIOR, foi recebido para análise ética no CEP Universidade de Fortaleza (UNIFOR)/ Fundação Edson Queiroz em 28/11/2019 às 11:42.



UNIVERSIDADE DE  
FORTALEZA (UNIFOR)  
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS ACADEMIAS AO AR LIVRE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

**Pesquisador:** PEDRO OSVALDO FERREIRA JUNIOR

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 26278719.0.0000.5052

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.779.148

#### Apresentação do Projeto:

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por um dos maiores problemas de saúde pública atualmente e tem aumentado o

número de mortes precoces, diminuição da qualidade de vida com elevado grau de limitação e incapacidade para as atividades de vida diária (AVD),

além de impactos econômicos para famílias e o governo (BRASIL, 2011).As DCNT foram responsáveis por cerca de 68% de um total de 38 milhões

de mortes ocorridas no mundo no ano de 2012, de acordo com estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2014). No Brasil, em

2011 as DCNT tem sido responsáveis por 72,7% de óbitos causadas principalmente por doenças cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%),

as doenças respiratórias (6,0%) e o diabetes (5,3%). Ao todo, essas quatro doenças representam 79,8% das mortes por DCNT e as ademais

doenças agrupadas correspondem a 14,7% do total de mortes (MALTA et al, 2014).Devido ao aumento da expectativa de vida, do crescimento

populacional, da urbanização, das mudanças sociais e econômicas e a globalização tem impactado o modo de viver, de trabalhar e se alimentar dos

brasileiros. Diante disso, tem crescido a prevalência de fatores de riscos como a obesidade e o sedentarismo, agentes potencializadores para o

Endereço: Av. Washington Soares 1321, Bloco M Sala-30, Diretoria de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
Bairro: Edson Queiroz CEP: 60.811-905  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coetica@unifor.br



UNIVERSIDADE DE  
FORTALEZA (UNIFOR)  
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 3.779.140

desenvolvimento das DCNT (DUARTE; BARRETO, 2012).O aumento do sedentarismo na população é um fato preocupante na atualidade, estando associado à falta de locais públicos e seguros para a prática de atividade física, a diminuição do tempo destinado ao lazer, falta de informação e de motivação, dentre outros. O sedentarismo tem uma relação direta com o estado nutricional do indivíduo, sendo um dos fatores responsáveis pelo ganho de peso e pelo desenvolvimento de diversas doenças (FERNANDES JÚNIOR; LINS, 2018).A OMS (2018) ressalta que populações como de mulheres, idosos, pessoas com baixo poder socioeconômico, pessoas com mobilidade reduzida, doentes crônicos e indivíduos marginalizados tem menos oportunidade de permanecerem ativos.De acordo com pesquisa feita pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil através da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em 2017, 54,0% da população brasileira tinha excesso de peso. Na cidade de Fortaleza, foi visto que 53,4% das pessoas estão acima do peso corporal. Em se tratando de obesidade, 18,9% foram considerados obesos, ou seja, possuem o Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30kg/m<sup>2</sup> (BRASIL, 2018a).O VIGITEL avalia três condições de prática de atividade física: o tempo livre, o deslocamento para o trabalho/escola e a atividade ocupacional. Classifica o sujeito como insuficientemente ativo quem não alcança o equivalente a pelo menos 150 minutos de atividades de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividades de intensidade vigorosa. Considerando o conjunto da população adulta estudada, 46,0% não alcançaram um nível suficiente de prática de atividade física, conforme proposto pela OMS, American Heart Association (AHA) e o American College of Medicine Sports (ACSM). Na capital do Estado do Ceará, o índice foi de 53,0% (Brasil, 2018a).De acordo com a OMS (2009), estima-se que 3,2 milhões de pessoas no mundo morrem a cada ano devido ao sedentarismo e que um em cada cinco adultos e quatro em cada cinco adolescentes não pratica atividade física de forma suficiente. Indivíduos que são sedentários têm entre 20,0% e 30,0% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade, por DCNT como diabetes e doenças relacionadas ao coração (OMS, 2018).O estilo de vida ativo, através

Endereço: Av. Washington Soares 1321, Bloco M Sala-30, Diretoria de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
Bairro: Edson Queiroz CEP: 60.811-906  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coeticea@unifor.br



UNIVERSIDADE DE  
FORTALEZA (UNIFOR)/  
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 3.779.140

da prática de atividade física regular colabora para uma boa aptidão física, sendo um dos fatores imprescindíveis para a manutenção da saúde e para a prevenção e tratamento de doenças, assim como importante também para a qualidade de vida dos indivíduos (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000). A atividade física é um fator importante por promover benefícios físicos, mentais e cognitivos na saúde dos indivíduos, independentemente da idade e gênero, podendo ser praticada de forma desportiva ou por lazer. A prática regular de atividade física auxilia a perda de peso corporal por reduzir ou manter a gordura corporal e o aumento de massa muscular e óssea contribuindo de forma positiva na diminuição de doenças (MATSUDO; MATSUDO, 2007). O incentivo e a prática de atividade física regular é uma das estratégias de promoção da saúde para redução e surgimento de várias doenças. Diversos estudos mostram que o exercício físico frequente e conduzido de forma estruturada, podem estar associadas à baixa morbidade e baixa mortalidade, além de melhorar a qualidade de vida e condições funcionais do indivíduo (NARDI, 2013). A partir das conferências internacionais de promoção da saúde realizadas no mundo, houve uma maior preocupação e ações energéticas para promover a saúde da população mundial.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o impacto das Academias ao Ar Livre na promoção da saúde dos usuários

Objetivo Secundário:

1) Caracterizar os usuários sob o aspecto sócio-demográfico e sanitário; 2) Descrever os hábitos e estilo de vida dos usuários; 3) Identificar a prática regular do exercício físico; 4) Classificar os usuários quanto ao nível de atividade física; 5) Descrever sobre a utilização dos equipamentos nas academias ao ar livre; 6) Avaliar a repercussão da academia ao ar livre na saúde e na vida cotidiana dos usuários.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa envolve risco de baixa gravidade, visto que o procedimento usado será uma entrevista,

Endereço: Av. Washington Soares 1321, Bloco M Sala-30, Diretoria de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
Bairro: Edson Queiroz CEP: 60.811-906  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coetice@unifor.br



UNIVERSIDADE DE  
FORTALEZA (UNIFOR)/  
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 3.779.140

porém os participantes poderão sentir-se constrangidos. Os mesmos serão minimizados através da ressalva do sigilo da pesquisa e proporcionando um ambiente confortável destinado para entrevista. Posteriormente, será utilizada apenas uma codificação para identificar o participante, viabilizando a análise.

**Benefícios:**

Os participantes da pesquisa terão suas práticas estudadas para identificar conduta no seu estilo de vida, logo o benefício é desenvolvido ao passo que analisa a realidade e identifica as necessidades acerca da promoção da saúde.n

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de Pesquisa submetido ao Exame de Qualificação no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de Rosto FolhadeRosto\_Pedro.pdf

Cronograma Cronograma\_Pedro.pdf

Projeto Detalhado / Brochura Investigador projeto\_pesquisa.docx

Projeto Detalhado / Brochura Investigador projeto\_pesquisa.docx

Folha de Rosto FolhadeRosto\_Pedro.pdf

Outros Anuencia\_Pedro.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

TCLE\_Pedro.pdf

Informações Básicas do Projeto PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1326955.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

TCLE\_Pedro.pdf

Outros Anuencia\_Pedro.pdf

Cronograma Cronograma\_Pedro.pdf

Orçamento Orcamento\_Pedro.pdf

Orçamento Orcamento\_Pedro.pdf

Outros Anuencia\_Pedro.pdf

Endereço: Av. Washington Soares 1321, Bloco M Sala-30, Diretoria de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
Bairro: Edson Queiroz CEP: 60.811-905  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coetica@unifor.br



UNIVERSIDADE DE  
FORTALEZA (UNIFOR)  
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 3.779.140

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Ausência

TCLE\_Pedro.pdf

**Recomendações:**

Após a leitura da versão apresentada, não há recomendações por conta de pendências do projeto de pesquisa analisado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Colegiado recomenda a Aprovação ao projeto de pesquisa visto atender, na íntegra, as determinações da Resolução CNS/MS 466/12 e diretrizes.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1326955.pdf	17/12/2019 10:48:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto-de-pesquisa.pdf	17/12/2019 10:48:20	PEDRO OSVALDO FERREIRA JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo-de-consentimento-livre-esclarecido. docx	27/11/2019 10:13:13	PEDRO OSVALDO FERREIRA JUNIOR	Aceito
Cronograma	Cronograma2.docx	20/11/2019 22:44:31	PEDRO OSVALDO FERREIRA JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	Folha-de-Rosto_Pedro.pdf	05/08/2019 13:50:38	PEDRO OSVALDO FERREIRA JUNIOR	Aceito
Orçamento	Orçamento_Pedro.pdf	05/08/2019 12:07:46	PEDRO OSVALDO FERREIRA JUNIOR	Aceito
Outros	Anuencia_Pedro.pdf	05/08/2019 12:05:37	PEDRO OSVALDO FERREIRA JUNIOR	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:**

Endereço: Av. Washington Soares 1321, Bloco M Sala-30, Diretoria de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
Bairro: Edson Queiroz CEP: 60.811-905  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3055 E-mail: coeticea@unifor.br



UNIVERSIDADE DE  
FORTALEZA (UNIFOR)/  
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 3.779.140

Não

FORTALEZA, 17 de Dezembro de 2019

---

Assinado por:  
ALDO ANGELIM DIAS  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Washington Soares 1321, Bloco M Sala-30, Diretoria de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
Bairro: Edson Queiroz CEP: 60.811-908  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefones: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coetice@unifor.br